



G. G. CHIPAIL
CRISTIAN DRAGOMIR
V. MAICA

TRATAMENTUL ULCERULUI GASTRO-DUODENAL PERFORAT

35

JUNIMEA • 1981



**TRATAMENTUL ULCERULUI
GASTRO - DUODENAL
PERFORAT**

**G. G. CHIPAIL
CRISTIAN DRAGOMIR
V. MAICA**



G. G. Chipail
Cristian Dragomir
V. Maica

TRATAMENTUL ULCERULUI GASTRO-DUODENAL PERFORAT



— 35

EDITURA JUNIMEA

IAȘI • 1981

P R E F A Ț Ă

Urgențele chirurgicale, ca de altfel și urgențele medicale sînt, de cele mai multe ori, o modalitate evolutivă a unor afecțiuni. Urgența se datorește, cîteodată, unei complicații și necesită un anumit tratament, care trebuie aplicat cît mai precoce posibil.

S-ar putea, în anumite împrejurări, ca urgența să fie împusă din necesitatea de a obține, prin precocitatea tratamentului, nu salvarea vieții care n-ar fi amenințată, ci o evoluție cît mai favorabilă vindecării radicale.

Așa ar fi cazul unor fracturi a căror reducere de urgență este mai ușoară, mai anatomică și permite o vindecare de bună calitate, adesea chiar fără sechele. Unele urgențe chirurgicale, între care și ulcerul G. D. perforat în peritoneul liber, erau considerate, pînă acum 25—30 ani, drept o urgență chirurgicală majoră, înțelegînd prin aceasta că, odată diagnosticul pus, sau chiar numai bănuit, actul chirurgical era singurul tratament capabil să vindec complicația și să evite moartea, cu condiția esențială să fie aplicat imediat sau cît mai precoce.

Chirurgul londonez Sir William Arbuthnot Lane spunea, cu mult timp în urmă, referindu-se la urgențele majore în ocluziile intestinale acute : „Soarele nu trebuie nici să răsară nici să apună peste un bolnav în ocluzie, fără ca acesta să fie operat”.

Acasta era, desigur, o expresie figurată care să arate necesitatea unei urgențe cît mai rapide în timp. Dar ne-ar fi greu să credem că Lane, care a fost la vremea sa o proeminență personalitate chirurgicală, înțelegea că orice ocluzie acută care ar fi văzut-o imediat după răsăritul soarelui, ar putea aștepta neoperată și fără riscuri pînă puțin înainte de apus.

În prezent, datorită cunoștințelor aprofundate de fiziopatologie, cît și unor metode noi de tratament, o bună parte a urgențelor chirurgicale considerate altădată majore, pot fi tratate ca urgențe deferite, adică urgențe în care actul chirurgical ar putea fi mai mult sau mai puțin întîrziat.

Dacă diagnosticul a fost precoce, necesitate de importanță covârșitoare în succesul terapeutic, ulcerele perforate G. D. pot fi tratate astăzi ca urgențe deferite.

În primul rînd, un număr de perforații ulceroase se pot vindeca printr-un tratament neoperator, denumit abstentionist. Unele pot fi operate imediat sau foarte precoce, iar altele pot fi operate deliberat mai tîrziu, sau chiar în al doilea timp, după vindecarea perforației.

Urgența deferită are drept scop fie de a evita un act chirurgical neindicat sau periculos, fie de a prezenta eventual un bolnav mai bine pregătit și care va rezista mai ușor intervenției chirurgicale, fie — mai rar — pentru a preciza un diagnostic îndoielnic și care eventual ar pune alte probleme terapeutice.

Dar dacă unele așteptări și întîrzieri sînt posibile și chiar indicate, există și astăzi împrejurări în care o urgență, între care și ulcerul G. D. perforat, trebuie operată imediat sau în care amînarea nu poate fi decît de scurtă durată și care n-ar putea trece de 2—3 ore.

Graba aceasta, ca și așteptarea de altfel, își au o explicație de nezdărnănat și care trebuie să fie mereu prezentă în mintea chirurgului și a echipei asociate: aceea de a nu pierde, sau de a pregăti, momentul optim în care operația s-ar putea executa în condiții de securitate maximă și în care bolnavul să aibă cele mai multe șanse de salvare și chiar de vindecare radicală.

Dar dacă acest lucru rămîne un principiu perfect adevărat și valabil, în schimb asupra indicațiilor de intervenție, cit și asupra fixării timpului cînd se va interveni, a operației care se va alege și mai ales asupra duratei în timp a posibilităților de așteptare sau de pregătire a bolnavului în urgențele întîrziate, sînt toate nu numai motive de discuții, dar și de interpretări eronate.

Mijloacele terapeutice care permit ca urgența, în perforațiile ulceroase, să poată fi deferită sînt: aspirația digestivă continuă, antibioterapia și reechilibrarea hidroelectrolitică.

Toate acestea, privite separat, sînt acte terapeutice relativ simple, ce ar putea fi aplicate de orice medic, dar care, la un moment dat și mai ales într-o urgență chirurgicală, fac parte din mijloacele denumite astăzi de reanimare.

Rezultatele acestora sînt în strînsă legătură cu aplicarea lor judicioasă și după date determinate, făcute de specialistul reanimator, ca și cu evoluția clinică a bolnavului, sub supravegherea strictă și permanentă a chirurgului.

Terapeutică ulcerului G. D. perforat, ca și a altor urgențe chirurgicale, a devenit astfel o problemă complexă, bolnavul trebuind să fie tratat nu de o singură persoană — chirurgul — ci de o echipă de specialiști dintre care chirurgul și reanimatorul sînt elementele principale.

Aceștia trebuie să cunoască temeinic și amănunțit toate problemele care se ridică în legătură cu bolnavul, cit și posibilitățile fiecărui act sau gest terapeutic, ca și a consecințelor ce pot urma.

De pregătirea și de conștiința lor profesională, ca și de talentul lor, depinde succesul, calitatea vindecării, sau adesea chiar viața bolnavului.

Există însă pe alocuri, și nu numai la noi în țară, o tendință — din fericire rară — de lipsă de înțelegere între anestezistul reanimator și chirurg. Iar în cazurile de insucces acuzările cresc cu o lipsă totală de scrupule și mai ales de adevăr medical și științific.

Astfel, chirurgul reproșează reanimatorului ineficiența mijloacelor de reanimare, aplicarea lor nepotrivită și, uneori, tendința de temporizare; în timp ce reanimatorul acuză chirurgul în sens invers: de intervenție pripită sau de așteptare nejustificată și chiar de indicații sau de execuții tehnice incorecte. Neînțelegera, de o gravitate excepțională atât ca aspect moral și mai ales ca rezultat terapeutic, se datorește — fără posibilitate de tăgadă — nu numai lipsei de înțelegere, dar mai cu seamă unei insuficiențe de pregătire medicală și profesională, ca și a lipsei de conștiință caracteristică unor nepregătiți reanimare, aplicarea lor nepotrivită și, uneori, tendința de temporizare; în timp care fug de răspundere, închipuindu-și că-și pot ascunde incapacitatea. Astfel de înțepănări complica situația bolnavului care ajunge la un chirurg ce nu cunoaște posibilitățile reanimării și nu știe să aprecieze riscurile operatorii sau la un reanimator care ignoră indicațiile chirurgicale, ca și limitele reanimării.

În afară de pregătire și conștiință profesională, urgențele chirurgicale cer chirurgului și reanimatorului promptitudine în hotărâri și indicații, ca și precizie în execuția tehnică a fiecărui act terapeutic.

Uneori, aceste hotărâri nu permit nici o amânare!

Ulcerale G.D. perforate pot fi astăzi diagnosticate cu destulă precizie în cea mai mare parte din cazuri. În îndoială, explorarea chirurgicală este mai adesea favorabilă decît dăunătoare.

Există perforații ulcerose deasupra oricăror resurse terapeutice. Sînt acelea în care diagnosticul foarte tardiv, organismul tarat sau vîrstnic n-ar putea suporta nici o agresiune sau accident, oricît de neînsemnat ar fi acesta.

Există, de asemenea, o mortalitate postoperatorie chiar pe cele mai bune statistici, ca și pentru cei mai experimentați și capabili chirurgi.

Noi credem că diagnosticul precoce și indicația terapeutică, chirurgicală sau asociată, făcută cu pricepere și discernămint, pot face ca mortalitatea în ulcerele G. D. perforate să fie, dacă nu suprimată, dar foarte scăzută.

G. G. CHIPAIL

CAP. I

ISTORIC

Una din complicațiile de temut ale ulcerului gastroduodenal este perforația, datorită faptului că favorizează instalarea unei peritonite, mai întâi iritative și apoi infecțioase și care, fără tratament, duce, de cele mai multe ori, la deces. Acest lucru a făcut ca în decursul timpurilor să apară în mintea practicienilor ideea de a reuși pe de o parte să dreneze cavitatea peritoneală și pe de altă parte să vindece perforația.

Cu toate că principiul emis mai sus a durat mult timp, totuși de-abia în 1880 *Mickulicz* este primul care diagnostichează la un bolnav existența acestei leziuni și-l operează cu intenția de a închide orificiul perforat. Nu are însă bucuria succesului deoarece bolnavul sucombă. Totuși, ideea a fost difuzată între practicieni și primul succes operator comunicat a fost al lui *Heussner*, în 1892. De atunci încocoace, asemenea leziuni erau tratate foarte diferit de chirurgi, succesele fiind cu totul rare deoarece fie că se folosea material impropriu de sutură, fie că sutura nu obtura orificiul, iar scurgerea lichidului digestiv în continuare întreținea peritonita.

Realitățile de mai sus au dominat aproximativ 20 de ani epoca chirurgiei gastrice, și de-abia în 1919 von *Haberer* este cel care reușește să realizeze o cazuistică mai mare în care perforația ulceroasă să fie suturată cu material nerezorabil. În tot acest timp, s-a constatat că aplicarea unei cusături mai strânse la nivelul perforației duodenale realiza în adevăr obturarea perforației, dar în același timp putea determina o strângtorare a tu-

bului digestiv (stenoză), fapt ce obligă pe *Braun* în 1893 să adauge la cusătură și o gastro-enterostomie (G.E.A.).

Dacă obturarea perforației aduce rezultate imediate favorabile, nu e mai puțin adevărat că unele insuccese, ca și unele complicații tardive : perforații iterative, stenoze și mai ales recidive ulcerose au făcut pe chirurgi să ridice problema nu numai a vindecării complicației — perforația — ci și a bolii însăși, ulcerul.

De aici a urmat introducerea rezecției gastrice ca metodă de tratament în ulcerul perforat, susținută mai ales de *Judin* prin statistici importante publicate în 1929, 1931, și 1933, apoi de *Pierre Duval* la Academia de Chirurgie din Paris și mai târziu de *Mialaret* și *Edelmann* în monografia lor din 1949.

Din indicațiile necorespunzătoare ale rezecției gastrice au urmat desigur și insuccese, rezecția fiind în orice caz o operație mai mare, mai laborioasă, uneori destul de dificilă, mai ales pentru chirurgii începători. Totuși, statisticile arată o mortalitate mai mică pentru rezecție decât pentru sutură, deoarece cea dintâi nu se aplică decât în cazurile favorabile. În această privință, discuțiile au continuat fără întrerupere, după cum continuă și astăzi.

Unul din apărătorii cei mai convinși ai suturii fiind *Lecène*, iar ai rezecției fiind *P. Duval*, ambii chirurgi de suprafață și renume mondial, disputa lor a dat și mai mare importanță acestor controverse.

Gastro-enterostomia asociată suturii a fost, de asemenea, încercată și discutată ; dar nu a fost o metodă care s-a impus datorită mai ales ulcerului peptic post-operator posibil, de care a fost întotdeauna acuzată această operație. Deși această posibilitate rămîne o realitate nedesmințită, nu trebuie uitat că G.E. a adus în decursul vremurilor numeroase vindecări de durată și chiar de bună calitate în tratamentul ulcerului gastro-duodenal.

Dar, desigur, tendința medicinei întregi și a chirurgiei în special, este de a recurge la metode mai bune, mai sigure, mai adecvate bolii și bolnavului și de aici a decurs controversa pentru

alegerea metodei de tratament în ulcerul gastro-duodenal perforat.

Nu putem să nu amintim că, deși în țările Europei își face loc tot mai mult rezecția, școala americană, aproximativ până în 1945—1950, rămâne parțiană suturei (*Graham Patterson* ș.a.), la care unii adaugă gastro-enterostomia. După lucrările lui *Dragstedt* în 1943, vagotomia a început să se aplice și pentru ulcerul perforat, asociată bineînțeles suturei, cât și unui mijloc de derivație, piloroplastia sau gastro-enterostomia.

Antibioticele și utilizarea lor pe scară largă au permis chirurgului englez *Hermion Taylor* în 1946 să indice — în unele cazuri — abstenția chirurgicală, recurgând la un tratament neoperator prin aspirație gastrică și antibioterapie.

Aplicarea unei metode de tratament în ulcerul perforat care are drept scop în primul rând salvarea vieții și ori de câte ori se poate și vindecarea bolii care a provocat complicația, este mai mult o problemă de indicație decât de metodă operatorie propriu-zisă. De aceea, ținând seamă de posibilitățile diferite în aplicarea tratamentului ulcerului perforat, acest tratament a rămas până astăzi eclectic, în funcție de o serie de factori asupra cărora vom insista în capitolele ce vor urma.

În țara noastră, chirurgia ulcerului gastro-duodenal perforat a urmat evoluția ideilor din Europa și mai ales a școlii franceze. Chirurgia franceză însă a fost în bună parte influențată de experiența și rezultatele publicate de *Judin* de la Spitalul de urgențe din Moscova.

De îndată ce cunoștințele medicale clinice au permis un diagnostic precoce al ulcerului gastro-duodenal perforat și odată cu dezvoltarea chirurgiei gastro-duodenale, prin marii noștri înaintași *Hortolomei, Iacobovici, Nasta, Al. Pop* ș.a., chirurgia ulcerului gastro-duodenal perforat a devenit nu numai posibilă dar chiar curabilă și cu rezultate tot mai favorabile.

Astfel, *Butureanu, Pop și Nana, Jucara, Turai, Chipail, Andreoiu, Alexiu, Mureșan, Gherasim, Benone Georgescu* și mulți

alții au practicat cu succes și au publicat rezultate favorabile în perforațiile gastro-duodenale ulcerose.

La Congresul Societății Internaționale de Chirurgie ce s-a ținut în 1967 la Viena, experiența românească a fost prezentată de *Popovici* de la Bacău, *Cinrel* de la București, iar *Chipail* de la Iași a prezentat o statistică de 207 cazuri ulcere G. D. perforate în peritoneul liber, în care s-a argumentat în favoarea aplicării unui principiu terapeutic eclectic, recurgând la un tratament radical ori de câte ori condițiile leziunii și ale bolnavului o permit.

O amplă dezbateri s-a făcut în 1976, la Piatra Neamț, privind ulcerele G. D. perforate, unde s-a precizat indicațiile diferitelor metode terapeutice.

Lucrarea noastră se bazează atât pe experiența Clinicii a III-a chirurgicale între anii 1945—1974, care însumează o cifră de 377 perforații G. D. cât și pe cele 75 de cazuri operate în spitalul Săveni din județul Botoșani, în total deci 452 cazuri.

Tabelul 1

	Sub 20 ani ♀ ♂	20—45 ani ♀ ♂	45—60 ani ♀ ♂	60—70 ani ♀ ♂	peste 70 ani ♀ ♂	TOTAL ♀ ♂
391 UDP 31 UGP	1 22 — 2	6 255 3 27	6 72 — 20	3 19 2 3	1 6 2 2	17 374 7 54
TOTAL	1 24 25 24	9 282 219 219	6 92 98 92	5 22 27 22	3 8 11 8	24 428 452 452

CONDIȚIILE DE PERFORAȚIE ALE ULCERULUI G. D.

Este ușor de înțeles că analiza amănunțită a condițiilor de perforație a unui ulcer gastric sau duodenal nu ar putea avea un rol în alegerea unei metode de tratament decât în ceea ce privește posibilitățile de prevenire ale perforației, sau poate chiar în aplicarea unei metode chirurgicale radicale sau paleative.

Sediul perforației. Ținând seama de statistica și experiența noastră, am fost adesea surprinși de unele divergențe asupra sediului unei perforații ulcerose. Pe cazurile noastre frecvența perforației duodenale este cu mult mai mare decât cea gastrică (391 D. și 61 G.). Cam aceeași predominanță este dată și de *Judin*, *Milaret* și alții. Oricum, numărul autorilor în care perforațiile gastrice predomină asupra celor duodenale este mult mai restrâns, cel puțin în Europa.

În Argentina în schimb, *Boneo* și *Ramirez* în *Semana Medica* din 1938, spun că în această țară perforațiile gastrice sînt fără îndoială mai frecvente ca cele duodenale. De asemenea, *Naitcheff*, în Bulgaria, publică o statistică în „Montpellier Chirurgical” din 1973, în care pe 162 cazuri de perforații gastro-duodenale, localizarea gastrică este de 56,79 % (92 cazuri) și cea duodenală de 43,21 % (70 cazuri).

Controversa este însă explicabilă ținînd seama de faptul că pentru perforațiile juxtaapilorice este destul de greu de apreciat, cînd operația se limitează numai la simpla sutură, dacă ulcerul era gastric sau duodenal. Această precizare nu se poate face altfel decît prin examenul piesii după rezecție.

Deși sînt citate, în experiența noastră nu am înînlînit ulcere perforate situate pe D₂ și nici pe fața posterioară a duodenului fix. Aceste leziuni ulcerose sînt cel mai adesea terebrante și nu și perforate.

De asemenea, perforațiile ulcerelor sus situate pe mica curbă, juxta-cardiale, sînt la fel de rar înînlînite. Aceste perforații excepționale își au importanța într-aceea că nu se va recurge la o rezecție gastrică, foarte dificilă în asemenea ocazii și cu mari posibilități de accidente (biliare, esofagiene) sau alte complicații, decît cu totul excepțional.

Perforațiile feței posterioare a stomacului au uneori riscul de a rămîne nedescoperite. De aceea, ori de cîte ori orificiul de perforație nu este net vizibil, explorarea amănunțită este necesară cu toate riscurile posibile într-o împrejurare ca aceasta. Literatura citează cazuri în care chirurghul nedescoperind perforația la prima laparotomie, iar evoluția bolnavului rămînînd nefavorabilă, s-a intervenit de două sau chiar de trei ori, pentru a descoperi o perforație minimă situată de cele mai multe ori pe fața posterioară a stomacului sau a duodenului.

Se citează cazuri de perforații posterioare nu numai greu de descoperit, dar care au o evoluție mai puțin obișnuită și, deci, mai puțin cunoscute. Astfel, S. Lebauer și V. Patman în „Journal of the American Medical Association” din iulie 1939, publică un caz de perforație duodenală retroperitoneală care a dus la intervenție tardivă pentru o colecție supurată foarte greu abordabilă.

Sexul. Este cunoscută raritatea perforației ulcerose la femei. Judin citează un procentaj de 1—4% pe un număr de 474 perforații G. D. Pe alte statistici, cifrele se ridică pînă la 13%, iar în statistica noastră cifra este de 95% bărbați și 5% femei.

Acest procent scăzut de ulcere perforate la femei este explicat foarte variat după diferiți autori. Astfel, unii cred să alcoolismul și tabagismul mai frecvent și mai exagerat la bărbați

ar fi una din cauze. În ceea ce ne privește și vorbind pentru timpurile actuale, ar fi mai greu să susținem acest lucru.

De asemenea, eforturile și munca fizică fiind mai intense la bărbat, ar putea juca un oarecare rol în mecanismul perforației.

Este cunoscut, dealtfel, faptul exprimat într-un mod oarecum lapidar : „Ulcerul este boala bărbatului, iar suferința hepatobiliară este suferința femeii”. Se pare că în această privință un rol deosebit îl prezintă constelația hormonală feminină care protejează stomacul. Dealtfel, nu numai perforația ulceroasă dar ulcerele G. D. în general sînt mai rare la femei.

Privind *vîrsta*, statistica noastră nu cuprinde copii cu ulcere perforate sub 16 ani, deși am întâlnit ulcere la vîrste mai mici dar neperforate. Este de înțeles că la copii operația sub forma unei rezecții largi este mai puțin sau chiar cu totul excepțional indicată.

Este cunoscut faptul că, ocupînd locul al doilea în chirurgia de urgență, imediat după apendicita acută, ulcerele perforate predomină la bărbai în vîrstă activă. Trebuie să înțelegem prin aceasta că perforațiile ulceroase sînt rare la vîrstnici peste 60 de ani, dar că pot exista și la vîrste mult mai înaintate așa cum se vede din cifrele prezentate de noi în tabelele respective.

Bancu și Sireteanu, pe statistica lor de 410 cazuri stabilesc o curbă a frecvenței după vîrstă. Astfel, ei arată că maximum de frecvență al perforațiilor G. D. ulceroase este între 20 și 30 de ani ; curba se menține ridicată între 30 și 40 de ani și scade apoi ajungînd la foarte puține cazuri după 70 ani (3 în statistica acestor autori). Rolul vîrstei în aplicarea unei metode de tratament are — în anumite condiții — o importanță hotărîtoare.

Referindu-ne la *profesiuni*, statistica noastră cuprinde cifrele cele mai ridicate la muncitorii manuali și cel mai scăzut număr la profesiiile intelectuale. Acest fapt se datorește cu multă probabilitate posibilităților ce au intelectualii de a-și cunoaște mai bine boala și evoluția acesteia, cît și a unor posibilități de regim alimentar și de tratament făcut în condiții mai propice.

Naicbeff înfăinește o frecvență ceva mai mare la agricultori în lunile iulie și august, când aceștia au o alimentare mai regulată, iar consumul de fructe și legume este foarte ridicat. De asemenea, *Bancu* și *Sireteanu* de la Cluj, pe 410 perforații G. D. găsesc 187 agricultori, 174 muncitori și 49 alte profesioni.

Momentul perforației. De această chestiune, care pare să aibă o importanță mai evidentă, s-a ocupat mai ales *Judin*, care face observații foarte amănunțite. Acest autor nu poate stabili prin statistica sa timpul de perforație privind lunile sau anotimpurile anului.

În schimb, asupra orarului de perforație în cursul unei zile (în cursul a 24 ore), atît *Judin* cît și alți autori, sînt de acord că plenitudinea stomacului are o importanță, dacă nu determinantă, dar cu siguranță favorizantă. Astfel, după statistica autorului citat, numărul perforațiilor G. D. cresc atît după masa de dimineață, dar mai ales după masa de la prînz. *Mondor* spune că perforația se produce cel mai frecvent între 1—5 ore după ingestia de alimente și în special către sfîrșitul digestiei gastrice. Acesta ar fi momentul în care perforația se produce cel mai adesea.

Literatura medicală citează de asemenea cazuri de perforații G. D. după ingestia de bariu în scop explorator (*Hartmann*, *Patel*, *Gregoire* — citați de *Mondor*) ; fie la cîteva ore după ingestia acestei substanțe, fie chiar în timpul examenului radiologic (*Steiger*).

Cazuri indiscutabile de acest gen citează *Büttner* și *Heide-mann* de la Danzig, *Himmelman*, *Peneck* de la Viena. *Poas* în clinica lui *von Haberer* prezintă două perforații cu bariu pe 103 cazuri examinate, iar *Mande* în serviciu la *Hocheneegg* a avut pe o treime din cazurile lor perforații după administrare de bariu. Cazuri așa de numeroase și din servicii așa de variate nu mai pot lăsa nici un dubiu asupra posibilităților de perforație ulcerosă după administrare de bariu.

Dar dacă plenitudinea gastrică are un rol poate mai puțin precizat în ceea ce privește determinarea perforației, ceea ce este

sigur e faptul că va determina abundenta inundăției peritoneale. Relativitatea rolului mecanic al plenitudinii stomacului în perforațiile G. D. este arătată și din observațiile, puțin rare, în care perforația s-a produs stomacul fiind în stare de vacuitate, așa cum arată și o parte din observațiile noastre.

S-a acordat *traumatismelor* și efortului fizic un oarecare rol în condițiile de perforare ale ulcerului G. D.

Dacă majoritatea chirurgilor sînt de părere în a acorda importanță presiunii interioare a stomacului — acesta fiind plin sau chiar excesiv de plin după ingerarea abundentă de alimente — în schimb presiunea exterioară în timpul muncilor, a eforturilor sau a traumatismelor abdominale, are un rol puțin important și este citată foarte rar drept cauză de perforație a ulcerelor G. D. *Judin* arată limpede în statistica sa că cele mai multe perforații se produc în afara orelor de muncă, după cum există numeroase perforații la oameni a căror meserie este în afara obligațiilor de a face eforturi fizice, sau la care efortul fizic este cu totul întâmplător și fără legătură cu perforarea unei leziuni ulceroase.

Totuși *Mondor* citează pe *Touquet* care a văzut un caz de perforație ulceroasă în care bolnavul primise cu cîteva zile mai înainte o violentă lovitură în abdomen.

Cerem iertare să afirmăm că acest caz nu pare demonstrativ și prin această îndrăzneală a noastră autoritatea marelui *Mondor* nu va fi cu nimic știrbită. Dacă perforația s-ar fi produs imediat sau cel puțin în primele ore după traumatism, încă observația ar putea fi discutată, dar survenită după cîteva zile, ni se pare că nu-i decît o succesiune întâmplătoare de fenomene care ar fi ajuns la perforație și fără traumatism.

Tot *Mondor* citează în cartea sa perforații care au survenit în momentul unui efort de tuse, a strănutului, în timpul unei sărituri mai mari, sau chiar în timpul defecației. Cine ar putea demonstra că rolul determinant în producerea perforației l-a avut efortul de tuse sau strănut, și nu a fost o simplă coincidență, la o leziune deja pregătită și în iminență de perforație ?

P. Duval și Ménégaux au prezentat la Societatea de chirurgie din Paris o serie de perforații provocate de traumatisme abdominale externe cum ar fi: căderea de pe o scară, strivire de către un butoi, șoc printr-o minge de tenis, lovitură de o masă sau de volanul unei mașini. Unele din aceste perforații erau la bolnavi care nu aveau absolut nici un antecedent ulceros.

H. Mondor critică cu drept cuvânt aceste perforații prezențate de autorii mai sus citați, fără antecedente ulcerose, lăsând să se înțeleagă că ar putea fi ulceratii traumatice și nu perforații ulcerose datorită unui traumatism.

Ne îngăduim a crede că anatomia patologică a leziunii atât macroscopic cât și microscopic (noi nu am avut posibilitatea să găsim comunicarea lui Duval și Ménégaux) ar fi putut — cel puțin în unele cazuri — să aducă o precizare importantă.

Totuși și alți autori citează cazuri de perforații ulcerose după traumatism. Leclerc și Albertin, în 1931, adună zece cazuri discutabile, iar Galla de la Praga, în „Zentralblatt für Chirurgie“ din iunie 1939, prezintă un caz personal și citează pe Gioia, Ferey, Hoche, Marangus și Jarin, care la rândul lor au avut perforații ulcerose post-traumatice indiscutabile.

În realitate, în aceste împrejurări, precizează admirabil Mondor, diagnosticul precis nu are mare importanță deoarece conținutul abdominală cu semne clinice de leziune viscerală impune laparotomia, care va necesita explorarea stomacului și a duodenului, ca și rezolvarea cazului după leziunea anatomo-patologică și după starea bolnavului.

CAP. III

LEZIUNILE ANATOMO-PATOLOGICE

Leziunile anatomico-patologice în ulcerul G. D. perforat pot fi privite fie ca factor de gravitate în evoluția unei perforații ulceroase, cât mai ales ca un factor uneori hotărâtor în alegerea metodei de tratament și în special de tratament chirurgical.

O serie de factori, ce sînt în legătură atît cu perforația cît și cu starea țesutelor de la nivelul ulcerului în momentul perforației, vor trebui astfel luați în considerare.

Nu vom mai discuta importanța sediului perforației, despre care am vorbit în capitolul condițiilor de perforație ale ulcerului G. D.

În schimb, credem necesar să facem unele considerații în ceea ce privește mărimea perforației, posibilitatea perforațiilor multiple, starea țesutelor învecinate perforației ca aspect macroscopic și desigur a leziunilor histologice microscopice. Acestea din urmă ar putea eventual determina, sau cel puțin favoriza perforația printr-un mecanism oarecare și de asemenea ar condiționa evoluția cicatrizare. Cunoașterea și aprecierea intraoperatorie a acestor leziuni ar putea orienta terapia și tehnica chirurgicală.

Mărimea perforației. — Majoritatea perforațiilor se caracterizează prin orificii relativ mici, de 2—3 mm și chiar mai mici. Totuși, perforațiile mari, mergînd pînă la un diametru de 1 cm. și chiar mai mult, sînt departe de a fi rare. Acestea din urmă sînt situate pe fețele stomacului sau pe fața anterioară a duodenumului și pot fi cu atît mai mari cu cît operația este mai tardivă. Aceasta ne arată, și toți autorii o recunosc, că orificiul de perforație, dacă

nu s-a obstruat, crește în legătură cu timpul scurs de la producerea accidentului. Explicația constă în trecerea conținutului digestiv și mai ales alimentar prin orificiu.

Mialaret și Edelmann afirmă că dimensiunile orificiului de perforare nu permit să apreciem mărimea leziunii ulcerose. Cu alte cuvinte, un orificiu mic poate corespunde unei ulceratii foarte întinse care nu a cedat perforându-se decât parțial. Acest lucru este în general corespunzător și în experiența noastră. Am întâlnit perforații mici mai frecvent în ulcerele relativ recente și cu țesuturi învecinate suplă și neinfiltate conjunctiv, și ulceratii mari, veritabile pierderi de substanță, în ulcerele vechi, caldase, cu țesuturi infiltrate lipse de elasticitate și suplă. Dar foarte rareori întinderea perforației cuprinde toată zona ulcerosă.

Faptul este explicabil deoarece țesuturile suplă tind să revină după perforație și să micșoreze astfel dimensiunile orificiului. Dimpotrivă, țesuturile infiltrate, scleroase, se retracță și măresc dimensiunile inițiale ale acestuia care cresc favorizate și de stomacul desins prin starea de plenitudine post-prandială.

Mărimea orificiului de perforație are însă importanță din alte puncte de vedere. O perforație mare va favoriza revărsarea conținutului digestiv în peritoneu. Leziunile peritoneale iritative vor fi mai întinse și mai puternice, conținutul alimentar privit ca un corp străin și cantitatea de microbi venită odată cu revărsatul, ca și din infiltrațiile microbiene perulcerose, vor favoriza dezvoltarea și evoluția acestor leziuni către infecție și peritonită. Cu cât dimensiunile unei perforații vor fi mai mici cu atât inundația peritoneală va fi mai redusă, poate chiar minimă. Așa s-ar explica nu numai ulcerele perforate acoperite, sau ulcerele perforate cu peritonită localizată, dar chiar excepționalele vindecări spontane, înțelegând prin aceasta nu neapărat vindecarea ulcerului, ci în special cicatrizarea perforației fără consecințele ei obișnuite și cunoscute: peritonita generalizată sau peritonite localizate, cum ar fi de exemplu abcesul sub-frenic.

O perforație mică are însă uneori riscul de a trece neobservată, mai ales când este situată posterior, la marginea unui ulcer terebrant, sau într-o regiune greu de explorat. În astfel de împrejurări evoluția către peritonită continuă chiar după operație. Perforația poate să se mărească favorizată de leziunile histologice locale, prin efortul de vărsături sau prin eventuale ingerări de lichide sau alimente. Reintervenția se impune și explorarea trebuie făcută atent și minuțios.

Este adevărată afirmația că există perforații circumscrise de tesuturi suple. În majoritatea cazurilor însă — monografia lui *Mialaret* și *Edelmann* o arată, iar experiența noastră o confirmă — perforația, atât cea gastrică și nu rareori și cea duodenală, este situată în mijlocul unei zone caloase de infiltrație conjunctivă. Această zonă de întindere variabilă, este formată din tesuturi îngroșate, rigide, cartonate, de aspect albicios. Este puțin vasculară și pe secțiune sângerează foarte puțin sau deloc. Această zonă de scleroză corespunde în general leziunii ulcerose, dar nu-i deloc exclus ca la examenul pieselor de rezecție leziunile mucoasei și chiar a muscularei să depășească net zona de scleroză. Nu este deci un raport obligatoriu între zona de scleroză și întinderea ulcerului, după cum nu există un raport obligatoriu între mărimea perforației și întinderea calozității. Există perforații minime pe calozități întinse și mai rar perforații mari cu marginile suple.

Nici întinderea calozității și nici mărimea perforației nu ne dau un indiciu asupra vechimii ulcerului. Unele ulcere evoluează repede către infiltrație conjunctivă și leziune caloasă.

„Ulcer calos nu înseamnă neapărat ulcer vechi” spune cu dreptate *Mialaret*.

Întinderea calozității nu dă niciodată un indiciu asupra evoluției ulcerului după perforație. Cu atât mai mult cu cât tesuturile învecinate calozității și ulcerului care a perforat sînt tesuturi modificate, infiltrate leucocitar, congestive și edemate, dovădind un puternic proces inflamator.

Dar dacă aceste fenomene din urmă pot fi reversibile, țesuturile calozității infiltrate, friabile chiar, nu vor putea fi modificate, iar cicatrizarea lor va fi precară sau nu vor cicatriza deloc, vascularizația fiind cu totul redusă.

Din considerațiile de mai sus pot fi trase unele concluzii de ordin practic privind terapia chirurgicală a ulcerului G. D. perforat.

Dacă o perforație mică, având țesuturi suple, poate fi suturată cu ușurință, poate chiar numai înfundată, cu multe șanse de cicatrizare, nu este același lucru pentru o perforație mare sau una situată în centrul unei calozități întinse. Sutura calozității ar avea astfel toate șansele fie să nu se poată executa practic, țeșturile fiind friabile, fie să nu cicatrizeze, după cum am văzut. Calozitatea va trebui deci excizată până în țesuturi bine vascularizate, dacă e posibil chiar dincolo de întinderea leziunii ulceroase. Această excizie va transforma perforația inițială într-o perforație mare, o veritabilă pierdere de substanță. Dacă pentru perforațiile gastrice sutura unei perforații mari sau a unei pierderi de substanță care nu este excesivă — cum ar fi aceea a exciziei unui ulcer — are puțină importanță privind calibrul oraganului, nu același lucru se poate spune despre duoden, unde frecvența perforațiilor după cum se știe, predomină. Aici închiderea marilor perforații creează uneori posibilitatea, chiar atunci când sutura s-ar face transversal, ca lumenul duodenal să fie micșorat și să se favorizeze astfel stenoza, ceea ce ar impune o derivație inițială, sau o reintervenție mai tardivă.

Numărul perforațiilor, ca și existența mai multor leziuni ulceroase coexistând cu perforația, are o importanță demnă de luat în considerare în terapia ulcerului G. D. perforat.

Perforațiile simultane a două ulcere deosebite este cu totul rară, s-ar putea spune excepțională. *Judin* citează două cazuri de perforații duble pe 937 piese de rezecție pentru ulcer perforat. Alți autori ca *Brüner* și *Petren*, citați de *Mialaret* și *Edelmann*,

dau un procentaj de 9/380, ceea ce pare un număr destul de mare față de alte statistici și mai ales față de a noastră în care pe un număr de 452 ulcere perforate operate nu am întâlnit nici un caz de perforații simultane.

Tasso Asteriades, de la Salonic, publică în 1939 la Soc. de Chirurgie din Paris perforația simultană a unui ulcer gastric și altul duodenal. Acesta din urmă suturat cu mari dificultăți și jos situat, duce la stenoză care necesită reintervenție tardivă.

Trebuie să admitem că aprecierea acestor perforații simultane este un lucru oarecum delicat, în primul rând că una ar putea trece neobservată, chirurgul dînd importanță perforației care s-a impus la primul control al cavității abdominale. Dacă pe una din ele o descoperă mai târziu, dar înainte de închiderea abdomenului, încă n-ar fi nimic prea grav, deși ar putea modifica și îngreua uneori indicația terapeutică, mai ales când s-a recurs la o operație mai puțin radicală cum ar fi sutura simplă sau cu derivație.

Dacă n-a fost descoperită, atunci lucrurile ar putea evolua diferit. O perforație mare și neobservată, prin vreun mecanism oarecare va continua să reverse conținutul digestiv în peritoneu și evoluția către peritonită n-ar putea fi împiedicată decît, eventual, de o reintervenție. Nu-i mai puțin adevărat că unele perforații nedescoperite, mai ales cele mici, după drenajul cavității și după aspirația digestivă ce se practică aproape sistematic după operațiile pentru ulcer perforat și cu atît mai mult asociația antibiotezelor, au destule șanse să se vindece nesuturate.

Perforațiile simultane pot avea sedi diferite. Pe stomac pot fi: una pe fața anterioară, alta pe fața posterioară. Acestea din urmă pot trece ușor neobservate, de unde necesitatea practică afirmată de *Mondor* de foarte multă vreme, de a explora întotdeauna și fața posterioară chiar cînd perforația anterioară este mare și evidentă.

Pot coexista perforații ulcerose una duodenală și alta gastrică. Cînd sînt anterioare, pot fi ușor observate. Cînd însă sînt situate în regiuni cu totul distanțate, cum ar fi o perforație duo-

denală și alta gastrică subcardială, problema terapeutică va fi cât se poate de dificilă. Acest fel de leziuni vor crea mari dificultăți tehnice și de principiu în ceea ce privește terapeutică radicală prin gastrectomie, chiar la bolnavii la care în alte condiții această operație ar fi indicată.

Se citează de asemenea perforații multiple ale aceluiași ulcer care, atunci când sînt distanțate, fac sutura dificilă. Executată în tesuturi de calitate inferioară, are toate șansele să ducă la dezinuire. Acest fel de leziuni ca și perforațiile distanțate ar constitui un argument în favoarea exerezei gastrice când nu există alte contraindicații.

Dacă perforațiile multiple simultane sînt rare, în schimb coexistența unei perforații ulcerose cu alte ulcere, fie două ulcere duodenale, fie două sau mai multe ulcere gastrice, fie a unui ulcer gastric și altul duodenal, nu mai sînt chiar o raritate. Această coexistență nu este întotdeauna cunoscută în timpul intervenției și cu atât mai puțin preoperator, chiar la unii bolnavi care-și cunosc boala și au fost explorați radiologic în diferite rînduri.

Este de semnalat că în această coexistență, cel mai adesea perforația a fost a ulcerului duodenal, după cum descoperirea celorlalte leziuni ulcerose s-a făcut adesea pe organul extirpat, după exereză.

Este deci de la sine înțeles că în operațiile neradicale unele din aceste leziuni coexistînd cu perforația au rămas neobservate, au continuat să evolueze, au dus la perforații sau hemoragii ulterioare, au creat suferințe ce păreau nejustificate, contribuind prin analiza lor la un argument serios în favoarea gastrectomiilor ca tratament în ulcerul perforat.

Histologic. — Leziunile constatate în ulcerul G. D. perforat sînt puțin bine studiate, afirma *Mondor* în 1924. De atunci și pînă în prezent lucrurile nu s-au schimbat prea mult. Studiul histologic al pieselor de rezecție permite să se constate că perforația este întotdeauna situată în centrul leziunilor de tip inflamator, ori care ar fi sediul și dimensiunile orificiului. Aceste leziuni sînt ca-

racterizate prin edem care disociază toate tunicile gastrice sau duodenale și infiltrații leucocitare uneori foarte abundente, predominând polinuclearele, iar câte o dată numeroase eosinofile. La aceste leziuni se adaugă întotdeauna fenomene vasculare, hemoragice și necrotice, caracterizate prin vase congestionate la extrem, sufuziuni hemoragice cu aspect uneori confluent de masă sanghină cu caracter infarctoid, iar necroza formează o porțiune care mărginește perforația, prelungindu-se chiar în zona submucosă a ulcerului. Aceste leziuni nu sînt cantonate numai în zona învecinată perforației, ci cuprind toată regiunea în care se întinde ulcerul și chiar în vecinătatea acestuia.

Așa cum descrie *Mialaret* și *Edelmann* de la care luăm aceste date, leziunile sînt regionale și extensibile, iar *P. Duval* și *Moutier* descriu veritabile gastrite flegmonoase. Aspectul acesta flegmonos, infiltrațiile leucocitare și existența nu numai a fenomenelor inflamatorii, dar adesea prezența microbilor ca și adenopatiile satelite, au făcut pe mulți autori să creadă că perforația este datorită unui element infecțios predominant. Acest lucru însă nu a putut fi categoric demonstrat și nimic nu îndreptățește la concluzii definitive.

În realitate care ar putea fi mecanismul de producere al perforației ?

În ceea ce ne privește am putea face două supoziiți. Una ar fi aceea în care procesul distructiv al ulcerului în evoluție, datorit fenomenelor peptice la care se adaugă fenomenele inflamatorii și microbiene, ajung cu ulcerarea pînă în vecinătatea seroasei. Sau, în orice caz, acest proces subțiază așa de tare peretele gastric sau duodenal, încît distensia sau contracția stomacului, sau chiar un efort oarecare puțin important (tuse sau strănut), rup la un moment dat acest strat subțire de țesuturi și ulcerul se perforază.

Ar fi cazul corespunzător unei simptomatologii brutale inițial, cu semne categorice de perforație de organ, care se liniștesc ulterior pentru un timp, pînă cînd începe suferința dată de reacțiile peritoneale datorate revărsatului digestiv. Uneori această rup-

tură brutală a unui țesut subțire și evident slab, dar care mai era viabil încă un timp, se poate însoți de fenomene hemoragice, ra-reori importante.

A doua ipoteză ar fi aceea în care perforația se produce în urma necrozei provocată de fenomenele vasculare și trombotice, accentuate desigur de fenomenele inflamatorii. Porțiunea necrozată, situată pe porțiunea cea mai subțiată a leziunii ulceroase, s-ar desprinde din țesuturile viabile printr-un șant de eliminare ca în orișice escară; ar cădea singură sau favorizată de mișcările sau distensia organului și perforația s-ar produce fără brutalitate. Ar fi cazurile fără semne de perforație de organ și unde suferința începe și continuă fără întrerupere prin fenomenele iritative peritoneale.

Aceste supoziții, fără a avea pretenția de a putea fi ușor verificate, nu ni se par complet lipsite de oarecare temei clinic, corespunzător și unor leziuni anatomo-patologice în evoluție, așa cum au fost descrise mai sus.

Oricum, infiltrația inflamatorie ca și fenomenele vasculare care se întind pînă la distanță de perforație, ne indică limpede că atunci cînd încercăm să închidem orificiul prin sutură, aproape niciodată nu facem această sutură în zonă realmente sănătoasă. De asemenea, leziunile histologice arată evident că perforația ulceroasă este urmarea unui proces evolutiv acut și care survine într-un moment al evoluției bolii, indiferent dacă ulcerul este mai recent sau mai vechi, cronicizat clinic, infiltrat conjunctiv și calos.

CAP. IV

ASPECTE BACTERIOLOGICE ȘI MICROBIENE

Prezența microbilor a fost pusă în evidență de numeroși cercetători în mucoasa și sub-mucoasa perulceroasă.

Judin, în mai mult de jumătate din cazurile examinate după rezecție, găsește prezent streptococul, dar întinderea restinsă a zonei microbiene ca și aspectul reacțiunilor tisulare de vecinătate nu-l îndreptălesc a crede că perforația ar fi consecința acțiunii germenilor aflați în tesuturi.

Pasteur Valléry-Radot și colaboratorii au reușit experimental, prin injecții masive de histamină să producă ulcere gastrice și, de asemenea, ulcere gastrice perforate, probând prin aceasta că perforația, în mecanismul său de producere, nu necesită neapărat infecția.

Pe de altă parte, cel puțin în unele cazuri, existența unui pusu inflamator acut, caracterizat clinic prin durere, stare subfebrilă în zilele ce preced perforația, prin edem, congestie, sîngerare și adenopatie găsite la intervenție, cât și infiltrație leucocitară abundentă (uneori chiar cu aspect de leziune flegmonoasă), dovedesc rolul important pe care-l are infecția în producerea leziunii. Dacă nu joacă chiar rolul determinant în producerea perforației, contribuția infecției este certă în evoluția ulterioară atât a pierderii de substanță, cât și a leziunilor peritoneale.

Oricum, în argumentarea lor, *Mialaret* și *Edelmann* spun textual : „infecția ulcerosă și perulceroasă constituie un pericol permanent și este unul din principalele argumente invocate în favoarea rezecției”.

Dar dacă unele considerații asupra infecției din focarul ulcerului perforat sînt interesante, septicitatea revărsatului peritoneal are o importanță covârșitoare asupra evoluției bolii, a mortalității operatorii și, deci, a modalității de tratament. Nu mai este nevoie de argumente, practica o demonstrează că în mediul septic operațiile radicale, mai întinse și mai laborioase, sînt mai grave, și, deci, mai puțin legitime. Ar urma de aici că, cu cît lichidul peritoneal după perforație este mai septic, cu atît se impune necesitatea unei intervenții minime, care să pună cît mai puțin în pericol viața bolnavului.

Aprecierea aceasta a septicității lichidului peritoneal nu este totdeauna simplă, iar examenele bacteriologice făcute extempora-neu rămîn limitate și nu totdeauna concludente.

Totuși, este cunoscut faptul, și numeroase publicații o atestă, că lichidul peritoneal din perforațiile ulcerose este cu atît mai septic cu cît perforația datează de mai mult timp. În sprijinul acestei afirmații — publicațiile sînt foarte numeroase — vom cita doar pe *Dawson, Aries și Pilot* de la Chicago care în „Surgery, Gynecology and Obstetrics” din iunie 1939, publică rezultatul în-sămînțărilor făcute la 76 ulcerării G.D. operate. În 34 de cazuri în-sămînțate înainte de 6 ore, culturile au rămas sterile. În toate celelalte au găsit streptococ și colibacili. Iar *Perrotin* — mult mai recent — a avut în-sămînțări sterile și înainte de a se împlini 12 ore de la perforație. Evoluția a fost favorabilă în toate cazurile în care culturile au rămas sterile. Iar Zacher (în „Zentralblatt für Chirurgie”, din martie 1939) care pe 54 de cazuri practică predominant sutura perforației, pune lipsa infecției (culturi sterile sau microbi nepatogeni) în cazurile controlate de el, pe seama acidității lichidului gastric. Ulterior, în evoluție, în lichidul revărsat în peritoneu aciditatea scade sau dispare, iar flora microbiană își schimbă caracterul și infecția se produce.

Din punct de vedere al aprecierii septicității lichidului peritoneal, atunci cînd nu avem încă probele bacteriologice, trebuie de reținut următoarele. Ori de cîte ori, la un bolnav relativ tînăr

fără tare organice, nealcoolice, cu o perforație mică și relativ recență (8—12 ore), cu aspectul lichidului peritoneal neconcludent și la care starea generală pare alterată, este de gândit că această stare se datorește unei septicitați crescute a lichidului peritoneal și că începe evoluția peritonitei.

Desigur că aceste afirmații rămân valabile când nici o altă cauză din afară nu există care să explice starea generală, iar febra în creștere și adesea leucograma modificată, vin în sprijinul acestei presupunerii.

Stabilirea peroperatorie a unei infecții care să țină seama doar de septicitatea posibilă, sau de examenele de laborator a lichidului peritoneal, ar fi cu totul relativă și de aceea ar trebui făcută neapărat și pe alte criterii. Aceste alte criterii, chiar dacă sînt tot relative, au la bază o experiență pe care se sprijină toți autorii și apreciate judicios au o valoare destul de mare.

Unul din aceste criterii este aspectul lichidului, întinderea revărsatului în cavitatea peritoneală și leziunile asociate ale peritoneului. În al doilea rînd este vechimea leziunii; cu alte cuvinte, timpul care a trecut din momentul perforației și pînă la intervenție.

Ambele aceste criterii sînt discutate pe larg de diferiți autori și interpretarea lor diferă desigur. Această deosebire de interpretare este datorită faptului că numeroși factori variabili determină rapiditatea și intensitatea leziunilor peritoneale dintre care cităm: virulența infecției, mărimea perforației, plenitudinea gastrică, abundența lichidului revărsat în peritoneu și desigur posibilitatea pe care o are din cînd în cînd organismul sau organele peritoneale de a localiza leziunile. Această localizare se obține: prin obturarea perforației; prin limitarea difuziunii revărsatului digestiv în peritoneu în urma aderențelor preexistente sau, în urma așa-zisului ulcer perforat acoperit. De asemenea, contribuie la limitare caracterul cronic, latent, al procesului de perforație, aspiția digestivă continuă cît și jugularea infecției datorită puterii de apărare a organismului.

În aceste împrejurări se poate ajunge uneori la o vindecare completă a consecințelor perforației, sau la formarea unei colecții limitate din care abcesele sub-frenice sînt dintre cele mai grave, dar și mai bine cunoscute.

Este incontestabil însă că enorma majoritate a ulcerelor G.D. perforate care nu sînt operate sau aspirate, ajung și mor prin peritonită generalizată. Aceasta se poate instala mai curînd sau mai tîrziu după momentul perforației și această variație în timp a apariției semnelor de peritonită se datorește aceluiași factori de care am vorbit mai sus.

Ne îngăduim a discuta valoarea acestor factori atît din datele cunoscute din literatură, cît și în legătură cu experiența noastră, ținînd a atrage atenția asupra importanței ce o au acești factori în decizia, nu atît a intervenției care nu are decît rare și bine precizate contraindicații, ci în alegerea metodei de tratament privind perforația, boala ulceroasă — cauza complicației — și consecințele celei dinții, leziunile peritoneale.

Virulența infecției. — Studii asupra stării bacteriologice și caracterelor infecției în ulcerale perforate, ca și în peritonitele consecutive, au fost numeroase, dar puțin concludente. În mod obișnuit, conținutul gastric ca și cel duodenal sînt puțin septic. Prin urmare, în multe ulcere perforate revărsatul digestiv nu aduce nici o cantitate prea mare de microbi și nici o virulență microbiană accentuată. Peritonita septică în aceste cazuri se va dezvolta mai încet, iar semnele clinice, ca și influența asupra stării bolnavului, vor apărea mai tîrziu. Dimpotrivă, acolo unde leziunile ulceroase au un proces infiltrativ septic intens și cînd perforația s-a produs în plină evoluție a infecției din focarul ulceros, revărsatul peritoneal va avea o septicitate mare, peritonita cu consecințele sale va apărea mai repede.

Trebuie de asemenea să admitem că leziunile produse inițial prin iritarea chimică a peritoneului (depolisare prin descuamație, congestie, edem) sînt factori care vor favoriza infecția și peritonita.

Aceste alterări chimice cu siguranță că vor modifica defavorabil și puterea de apărare a peritoneului. Uneori edemul este puternic, mai ales în vecinătatea perforației și nu rareori această infiltrație edematoasă favorizează în timpul intervenției disecția organelor învecinate. Dar nu sîntem convinși că acest edem este totdeauna de o septicitate severă așa cum susține *Gueullette*. Unii autori au arătat că examenele bacteriologice ale edemului din perforațiile ulcerose au rămas negative în primele ore.

Lichidul revărsat în peritoneu și în special resturile alimentare, cu atît mai numeroase cu cît perforația este mai mare și se produce mai aproape de ingerarea alimentelor, vor forma veritabili corpi străini care vor favoriza infecția. Numai arareori se înîmplă ca particulele alimentare mici să fie modificate și înglobate de unele elemente celulare ale peritoneului sau epiploonului.

Uneori, cînd stomacul este gol și perforația de dimensiuni reduse, cantitatea de lichid din peritoneu este mică, iar dacă operația este precoce (la 2—3 ore de la accidentul acut inițial) acest lichid este cantonat în vecinătatea perforației, sau în loja subhepatică. În cîteva din cazurile noastre în care operația a fost precoce iar stomacul bolnavului gol, nici nu se putea vorbi de vreun lichid adunat în vreo regiune, ci toate leziunile peritoneale se limitau la edem infiltrativ periluceros. La început lichidul revărsat are un aspect biliar cînd perforația este duodenală sau chiar gastrică joasă, spre pilor. În ulcerale gastrice mai înalte aspectul lichidului este relativ tulbure cînd stomacul este gol și cu caractere variabile cînd stomacul este plin.

Este neîndoielnic că exacerbarea virulenței și evoluția către peritonită septică se face în marea cavitate peritoneală, la revărsatul digestiv adăugîndu-se desigur și secreția peritoneală. Chiar dacă inundația cavității peritoneale nu s-a făcut de la început în întregime prin revărsatul digestiv, totuși peritonita devine generalizată cînd cavitatea peritoneală este liberă de aderente. Nu rareori se poate urmări întinderea peritonitei concomitent cu întinderea contracturii parietale. Această contractură cantonată inițial

în epigastru ca și peritonita, se întinde urmînd spațiul parietocolic drept. Douglasul devine dureros, peritonita se generalizează odată cu contractura care cuprinde tot abdomenul și are adesea aspectul abdomenului de lemn.

Desigur, în acest răstimp lichidul peritoneal devine purulent. Deși este cunoscut faptul că nu totdeauna caracterul macroscopic purulent al lichidului peritoneal înseamnă infecție gravă, totuși noi credem că acest aspect, cît și apariția falselor membrane în lichidul peritoneal este aproape întotdeauna un caracter ce denotă o infecție care, dacă nu este încă, nu va întârzia să devină gravă.

Unii autori susțin că aspectul purulent al unor lichide peritoneale este datorat invaziei leucocitare și au neapărat prezentei germenilor. Dacă aceasta poate fi o eventualitate rară, noi o credem o excepție; iar înșămînțările noastre făcute în ultimii ani, în vederea stabilirii unei antibiograme, au fost frecvent pozitive. Unele din aceste înșămînțări pozitive erau făcute chiar înainte de 12 ore, dintr-un lichid peritoneal cu un aspect relativ puțin purulent.

Datele obținute de noi prin înșămînțarea intra-operatorie a lichidului peritoneal (care, mai ales în ultima decadă, s-a făcut sistematic) concordă cu cele din literatură.

În ordinea frecvenței sau izolat bacilii gram negativi — colibacil, coci de proveniență digestivă — enterococi, streptococi.

Putem remarca faptul că, în general, septicitatea lichidului a corespuns aspectului său microscopic.

Întotdeauna lichidul de aspect purulent (tulbure, cu false membrane) a dat înșămînțări pozitive. Lichidul seros din primele ore după perforație a fost rareori septic. Deși au apărut în câteva cazuri culturi pozitive provenind de la bolnavi operați în primele ore, marea majoritate din acest fel de înșămînțări au rămas negative.

Oricum, cu toată variabilitatea rezultatelor pe care le dau autorii asupra înșămînțărilor bacteriologice, este un lucru cert că

cu cât perforația este mai veche, cu atât infecția peritoneală este mai accentuată. În această privință dacă discuțiile rămân teoretice practica o dovedește : mortalitatea prin peritonită este cu atât mai ridicată cu cât intervenția este mai tardivă.

De aceea *timpul scurs de la perforație* (Orarul) pînă la intervenție a fost și este încă, un criteriu important în ceea ce privește conduita operatorie.

Din împlinire însă, nu totdeauna orarul și momentul perforației poate fi stabilit cu precizie ; fie că bolnavii nu o relatează corect, fie că interogatoriul medical este lipsit de precizie, fie chiar că perforația s-a produs nezmotos. În aceste din urmă împrejurări, durerea de început nu este corespunzătoare momentului perforației ci reacțiunii mai tardive a peritoneului. După părerea noastră, pentru a aprecia vechimea perforației, și în legătură cu aceasta să putem avea unele aprecieri valabile în ceea ce privește evoluția și intensitatea infecției din peritoneu, este absolut necesar de a corobora datele de anamneză cu aspectul peroperator al leziunilor peritoneale. Abia atunci se va fixa conduita operatorie, în legătură desigur și cu alte criterii privind starea bolnavului (vîrstă, tare organice etc.). Factorii de mediu — frigul, umezeala, pot favoriza uneori șocul și infecția peritoneală, iar condițiile de transport pot agrava starea bolnavului și mai ales pot întârzia diagnosticul.

Laboratorul ne va aduce cu siguranță unele precizuni în ceea ce privește flora microbiană, cantitatea de germeni, orientîndu-ne astfel asupra intensității infecției peritoneale. Dar aceste informații sînt ulterioare, postoperatorii, și vor servi mai ales la conduita tratamentului postoperator.

Nu e nevoie să reamintesc că antibioticele au schimbat într-o bună măsură interpretările de mai sus asupra consecințelor infecției în ulcerul G. D. perforat. Mai corect, au permis, ca stăpînind sau chiar înlăturînd infecția, să putem recurge mai frecvent la operații radicale, sau chiar să putem vorbi în unele cazuri de tratament conservator.

CAP. V

EVOLUȚIA ÎN TIMP A PERFORAȚIEI PROPRIU-ZISE

Lăsînd la o parte inundațiile peritoneale masive în perforațiile cu stomacul plin sau cu perforații mari, este cunoscut faptul că un aflux permanent de conținut digestiv irită seroasa peritoneală, agravează modificările anatomo-patologice și favorizează infecția și peritonita. Logic este deci că obturarea perforației, suprimînd refluxul digestiv, să scadă posibilitățile de infecție și să favorizeze vindecarea cu sau fără tratament chirurgical.

Ce se întîmplă în realitate ?

Este adevărat că un număr mare de perforații G. D., mai ales dacă se intervine relativ precoce, sînt neobturate și refluxul digestiv continuă sub ochii noștri. Unele din aceste perforații pot rămîne astfel deschise chiar cînd se intervine tardiv, după 24 de ore și chiar mai mult. Alte perforații în schimb se găsesc obstructate în momentul operației, mai rar de un rest alimentar, obturarea de acest fel fiind precară. După un timp însă, aderențele pot s-o facă definitiv. De cele mai multe ori, găsim obturarea făcută de un dop de fibrină sau de un franj epiploic.

Chiar dacă refluxul digestiv a fost suprimat, peritonita poate evolua ulterior pe cont propriu prin leziunile peritoneale și prin exagerarea virulenței germenilor veniți din tubul digestiv, dacă nu cumva vin chiar cu o virulență crescută dintr-un focar infecțios perulceros.

Această obturare relativ tardivă a perforației nu trebuie confundată cu ulcerul perforat acoperit. Acesta din urmă este tot un ulcer perforat în peritoneul liber, dar perforația în această împre-

jurare comunică liber cu marea cavitate peritoneală un timp foarte scurt.

Datorită vacuității digestive care nu favorizează refluxul prin perforație, cât și datorită unor fenomene fizice care țin organele apropiate (proces de ventuzare denumit de unii autori) perforația se acoperă de către unul din aceste organe (veziculă biliară, ficat, epiploon), care la început acoperă perforația prin simpla lor prezență și alipire. Lipsa de reflux nu le îndepărtează, iar ulterior fenomenele biologice vor începe relativ repede un proces aderențial. La început, aceste aderențe sînt precare și se pot desface uneori cu ușurință — s-au descris și perforații în doi timpi —, ulterior însă devin solide și asigură astfel vindecarea perforației.

În astfel de împrejurări cantitatea de lichid revărsată în peritoneu este redusă, peritonita nu va evolua pe cont propriu nefiind întreținută. Este adevărat totuși că uneori, în ulcerele perforate, se pot dezvolta supurații locale sub formă de abcese perulceroase, subfrenice sau ale Douglas-ului, eventualitate relativ rară. Unele dintre aceste peritonite localizate perulceroase sau abcese subfrenice se produc repede, în continuarea evolutivă a perforației. Altele pot apărea mai târziu, după ce fenomenele păreau să se liniștească complet, iar aspectul clinic al bolnavului să pară — timp de cîteva zile sau chiar mai mult — că duce la vindecare spontană.

De cele mai multe ori aceste ulcere perforate acoperite due — pentru ulcerele duodenale, la aderențe cu căile biliare, la tracții duodenale, iar dacă ulterior ulcerul nevindecat va necesita o operație radicală, în speță o rezecție, aceasta va fi grea și uneori periculoasă.

Pentru aceste dificultăți și eventualele complicații imediate sau ulterioare, noi preconizăm, în ulcerele perforate acoperite, intervenția timpurie.

Este posibil ca infecțiile perulceroase în ulcerul perforat acoperit să poată ajunge prin propagare la abcese subfrenice sau alte peritonite localizate, mai ales în cazurile în care se temporizează

așteptînd vindecarea. Convingerea noastră însă este că o parte din peritoneile localizate și abcesele subfrenice în ulcerul G. D. perforat sînt consecința unui proces aderențial preexistent care a împiedecat invazia marei cavități peritoneale și a favorizat localizarea revărsatului și a infecției în aceste spații. Sau, o altă eventualitate, cînd cantitatea relativ redusă de reflux digestiv s-a produs atît de lent încît organismul a avut timp să-și organizeze o apărare, obișnuit spre partea declivă a peritoneului unde marele epiploon, mezourile și anzele intestinale vor putea forma un baraj precoce.

Dacă excludem deci abcesele subfrenice prin propagare limfatică sau prin contiguitate a infecției din focarul perforației, considerăm că aceste supurații localizate, mai ales cînd se produc precoce, sînt urmarea unei infecții ce s-a dezvoltat într-un revărsat digestiv cantonat în spațiile respective.

Asupra posibilităților de cicatrizare a perforației și a ulcerului după perforație. Problema este și rămîne extrem de controversată, mai ales în România. Este cunoscută opinia admisă — după noi pe nedrept — că cele mai multe ulcere perforate, după cicatrizarea perforației sînt și rămîn vindecate.

Mai corect, ar trebui spus că puține sînt ulcerele care rămîn vindecate după perforație și care n-au fost tratate printr-o metodă radicală !

Mialaret și Edelmann în monografia lor citează pe *Lagoutte* care în 1920 susținea părerea că : „Un ulcer ajuns în stadiu de perforație este la capătul evoluției sale și după sutură se vindecă spontan” !

Ca multe alte păreri afirmația ar părea logică dacă faptele n-ar desmîni-o și dacă în 1924 *Cunéo* și *Lecène*, citați de aceiași autori, n-ar fi ajuns la concluzia că : „Perforația unui ulcer G. D. este un fenomen episodic și că nu schimbă nimic în ceea ce privește evoluția unui ulcer”.

Din experiența Clinicii a III-a chirurgicale din Iași părerea care ne-am format-o este următoarea : Există un număr de ulcere

perforate suturate a căror vindecare clinică și mai ales radiologică a putut fi urmărită mai mulți ani. Nu trebuie de uitat că vindecarea radiologică a unui ulcer perforat și suturat este adesea foarte greu de interpretat și de confirmat. Nu putem afirma că nu există un număr de ulcere perforate și suturate sau vindecate medical prin aspirație, a căror lipsă de suferință ca durată în timp, nu ar echivala cu o vindecare definitivă. Acest număr însă este foarte redus și credem că ar corespunde acelor ulcere mici la care perforația cuprinde întreg ulcerul și ar fi astfel echivalentul unei veritabile excizii. Dar experiența noastră arată și numeroase ulcere care au continuat să sufere foarte repede dacă nu chiar imediat după sutură sau după vindecarea neoperatorie a perforației.

Dar ceea ce este important, — lucru care se acceptă în general fără discernământ — este faptul că mulți consideră o perforație ulceroasă vindecată după o durată scurtă de lipsă de suferință. După doi, trei și chiar cinci ani de la sutura unui ulcer perforat bolnavii încep să sufere, ulcerul recidivează dacă nu cumva a fost liniștit fără să fi fost dispărut propriu-zis, iar după acest interval începe din nou să evolueze.

Pentru exemplificare redăm o observație foarte recentă :

Bolnav de 36 de ani, este operat cu 4 ani în urmă de ulcer duodenal perforat. Nu putem deduce de la bolnav sau din buletinul medical condițiile în care a fost operat și nici nu avem date anatomo-patologice amănunțite. S-a practicat înfundare simplă fără G. E., iar la plecarea din spital i se recomandă să se reopereze, cu scop de a i se practica o operație radicală.

Timp de 4 ani nu are nici o suferință, munceste obisnuit și se alimentează normal fără regim special. Bolnavul se crede definitiv vindecat.

Văzut în februarie 1978 suferințele au reînceput de 3 luni cu crize dureroase tipice de ulcer ce iradiază în spate, unele puternice încât bolnavul le aseamănă cu violența din momentul perforației de acum 4 ani. Radiologic se găsește un ulcer duodenal în evoluție și nici o altă leziune asociată nu este depistată.

Înclinându-ne și la eventualitatea unei perforații iterative este sfătuit să se opereze. Bolnavul și familia ezită și noi rămânem cu impresia că se caută nu atât o părere autorizată pen-

tru indicația de tratament — cum mărturisește bolnavul — ci mai ales o părere care să-i spună să nu se opereze și că ar putea să se vindece printr-un tratament medical.

Gândind anatomic, nici nu am putea vorbi de vindecare acolo unde perforația s-a produs la marginea unui ulcer terebrant, sau la un ulcer calos cu leziunea ulceroasă mult mai întinsă decât perforația. Sutura, dacă s-a executat, a fost făcută închizînd perforația dar lăsînd leziunea ulceroasă care continuă să evolueze. Cu cît concluziile asupra vindecărilor spontane, sau după simplă sutură a perforațiilor G. D. ulceroase vor fi mai îndepărtate în timp de data accidentului, cu atît numărul suferințelor, a recidivelor, ca și necesitatea reintervențiilor vor fi mai frecvente, dovedind prin aceasta posibilitatea relativ rară de vindecare a leziunilor ulceroase după perforație sau sutură.

Dealtfel, ceea ce trebuie discutat în aceste împrejurări sînt două lucruri deosebite. Unul este cicatrizarea perforației, iar al doilea este cicatrizarea ulcerului.

În excepționalele vindecări spontane, iar în ultimul timp în vindecările prin tratamentul nechirurgical prin aspirație, cicatrizarea perforației se face probabil prin aderențele cu organele vecine, după prealabila obturare a orificiului prin mijloacele cunoscutе și despre care am vorbit. În cazurile de sutură, cînd aceasta se face după excizia zonei ulceroase, sau în ulcerele mici și recente chiar fără excizii, în țesuturi relativ sănătoase, cicatrizarea are toate șansele să fie de bună calitate, iar infiltrațiile inflamatorii și microbiene vor putea fi influențate favorabil prin apărarea organismului sau prin antibiotice. Dimpotrivă, cînd sutura se va face în zonă ulceroasă sau în țesuturi cartonate, scleroase și slab vascularizate, cicatrizarea are toate șansele să nu fie de bună calitate. Desfacerea suturii ca și lipsa totală de cicatrizare, mai curînd sau mai tîrziu după sutură, sînt bine cunoscute, iar continuarea peritoniei, mai ales în cazurile nedrenate, sau drenate incorect, este un fapt inevitabil.

În ceea ce privește cicatrizarea ulcerului, aceasta este departe de a urma neapărat cicatrizarea perforației. Literatura medicală

citează toutsî destule cazuri în care la reîntervenția relativ precoce s-a găsit ulcerul cicatrizat, firul de sutură fiind singura dovadă a leziunii perforate și suturate. *Touquet*, constatînd adesea vindecarea ulcerului după perforații, renunță ulterior la reîntervenții pe care le practica din principiu.

Alături de aceasta, foarte numeroși autori ca *Judin, Duval, Quènu, Mialaret, Ridder, Carayannopoulos, Brock, Neuffer, Moreno-Tinagero* au constatat persistența frecventă a ulcerului după sutură, unele chiar în evoluție. În statistica noastră de ulcere gastroduodenale operate, peste 3500, avem un număr important (56) de cazuri de reîntervenții mai precoce sau mai tardive, după ulcere perforate și tratate prin simplă sutură, în alte servicii.

În această privință a vindecării ulcerului după sutură, părerea autorilor diferă atît de mult, mai ales în perioada premergătoare antibioticelor și aspirației, încît nici o concluzie valabilă nu poate fi trasă.

Dealtfel, perforația nu are nici o implicație în mecanismul etio-patogenic al bolii ulcerose. Odată survenită, nu poate schimba condiția fiziopatologică a ulcerului. În consecință chiar dacă (perforația) se vindecă, prin persistența factorilor ce au provocat apariția ulcerului, acesta sau un altul poate reapare și evolua.

După părerea noastră și ca rezultat al experienței și observațiilor îndelungate făcute în Clinica a III-a chirurgicală din Iași, ca și în alte servicii, vindecarea spontană sau după sutură a ulcerului gastro-duodenal perforat este destul de rară dacă nu chiar o excepție. Aceasta îndreptărește scopul tratamentului chirurgical al ulcerelor perforate, și anume de a urmări nu numai vindecarea complicației, perforația și peritonita, ci în același timp, *ori de cîte ori se poate* și vindecarea maladiei cauzale, ulcerul.



FACTORII DE GRAVITATE PRIVIND EVOLUȚIA ȘI TRATAMENTUL ULCERELOR G. D. PERFORATE ȘI NECESITATEA DIAGNOSTICULUI PRECOCE

Nu vom mai aminti unii factori de gravitate locală și anatomico-patologici (plenitudine digestivă, mărimea și sediul perforației) de care am vorbit la capitolul respectiv. Ne vom referi la alți factori de gravitate, defavorabili în evoluția perforației și anume la cei care influențează această evoluție după tratamentul chirurgical, chiar și atunci când acest tratament se limitează la simpla înlăturare a complicației și nu recurge la tratamentul radical al ulcerului.

Tarele organice sînt întotdeauna un factor de toleranță scăzută și de agravare a tuturor afecțiunilor chirurgicale. Cu atît mai mult a peritoniei după perforația ulceroasă.

Renalii, diabeticii și desigur cardiacii vor trebui depistați și gradul afecțiunilor bine cîntărit și judicios încadrat între pericolele ce amenință bolnavul. Unii dintre bolnavi a căror tară organică este ușor și repede remediabilă și compensată, vor putea intra între acei bolnavi la care s-ar putea aplica operații mai mari, cu prezența chiar de radicalitate. Pentru alții însă la care tarele organice sînt greu de remediat și ar cere poate un timp prea îndelungat de așteptare pentru pregătire, se va recurge la o operație minimum necesară, indispensabilă vindecării imediate. Dacă va fi nevoie, o operație radicală mai complexă se va putea executa ulterior. Indicația majoră la acești bolnavi este aspirația continuă și numai eșecul acesteia va duce la o intervenție de salvare.

Însem să atragem atenția asupra unei tare, care, preoperator, ar putea trece adesea neobservată. Este vorba de ciroza hepatică. Această afecțiune însoțește uneori, sau mai corect, se aso-

ciază bolii ulcerose. În cele mai multe din cazurile noastre ciroza părea ulterioară suferinței gastro-duodenale, fără a putea determina dacă este și o consecință. Suferința ulceroasă estompa adesea simptomele cirozei, cel puțin în cazurile în care examenele clinice și dimensiunile ficatului nu dădeau nimic de bănuț.

La cirocici în general orice act chirurgical poate agrava suferința hepatică, iar uneori — ca în unul din cazurile noastre — poate ajunge la insuficiență hepato-celulară cu icter grav și exitus. Perforația G. D. la cirocici, cu peritonită consecutivă, va agrava desigur starea hepatică. De aceea actul chirurgical nu trebuie să contribuie cu nimic la accentuarea gravității, iar tratamentul ulcerelor perforate se va limita aici la strictul necesar pentru salvarea imediată a vieții.

Vîrsta este un alt factor care are incontestabil un rol în evoluția perforațiilor ulcerose. Toți morții lui *Perrotin*, 9,8% pe 71 observații, sînt peste 60 de ani, afară de unul singur de 44 ani care avea și un cancer pulmonar. Și trebuie să mai adăugăm că cele mai multe din cazurile lui *Perrotin* au fost tratate prin aspirație continuă.

Din fericele perforațiile G. D. peste 60 de ani sînt mai rare. Pînă la această vîrstă unele ulcere eventual s-au vindecat sau sînt tolerate printr-un tratament medical. Cea mai mare parte s-au operat, unele din ele, poate chiar perforate, mai înainte de această vîrstă. Oricum, chiar rare fiind, pe măsura înaintării în vîrstă orice boală este mai greu tolerată și cu atît mai mult o complicație acută a unei afecțiuni adesea vechi, pe un organism suferind de ani de zile. Chiar fără nici o tară organică uzura organismului întreg și puterea de apărare mai redusă la vîrste înaintate, fac această complicație (perforația ulceroasă) deosebit de gravă. Operațiile radicale mai grele, mai de lungă durată, și uneori mai laborioase vor fi mai puțin indicate. Statisticile toate arată o mortalitate mai ridicată la vîrstnici în ulcerele G. D. perforate.

Din 27 decese (mortalitate globală) pe cele 452 cazuri de ulcer G. D. perforate operate în statistica noastră, 13 s-au înregistrat pînă la vîrsta de 60 de ani și 14 după această vîrstă, deși majoritatea intervențiilor s-a practicat în grupa de vîrstă 20—45 ani.

Tabelul 2

Grupa de vîrstă	sub 20 ani	20—45 ani	45—60 ani	60—70 ani	peste 70 ani	Total
Nr. cazuri operate	25	291	98	27	11	452
decese	1	6	6	8	6	27

Puterea de cicatrizare la bătrîni fiind redusă, desunirile după sutură sînt mai frecvente. Peritonita evoluează cu aspecte mai grave și răspunsul, chiar la o terapeutică intensivă, este mai puțin prompt. Dar unul din motivele pentru care perforajile ulceroase la bătrîni sînt mai grave, este incontestabil diagnosticul adesea tardiv.

Simptomatologia inițială puțin zgomotoasă a perforației în aceste cazuri, evoluția torpidă a peritonitei, sînt factori care în tîrzie diagnosticul. Iar acesta poate fi cu atît mai tardiv cu cît manifestările și evoluția pot fi mascate de o antibioterapie necorespunzătoare, intempestivă și insuficientă, făcută uneori de o asistență medico-sanitară puțin instruită.

Dar nu numai la vîrșnici, ci chiar la tineri, diagnosticul tardiv al ulcerului G. D. perforat este unul din cei mai importanți factori de agravare și care modifică deseori condițiile terapeutice. De aceea este necesar, credem, să vedem care sînt elementele pentru care diagnosticul poate fi uneori chiar periculos de tardiv și necesitatea absolută de a putea pune *diagnosticul precoce*.

În decursul vremurilor, diagnosticul tardiv al ulcerelor G. D. perforate se datora mai puțin neglijenței bolnavilor. O suferință de intensitatea unei asemenea drame abdominale îl obligă pe bolnav să se consulte cât mai precoce. Întârzierea era datorită, în parte, lipsei de interpretare corectă a manifestărilor clinice, convingerii că poate fenomenele s-ar putea liniști prin temporizare și tratament simptomatic și, de asemenea, gravității și neîncrederii în actul chirurgical. Erau, desigur, uneori întârzieri de diagnostic și din cauza unor forme clinice latente sau cu simptomatologie redusă. Acestea din urmă sînt însă, după cum știm, destul de rare.

În ultimii cincizeci de ani, iar în Europa mai ales după publicățiile și apariția cărții lui *Mondor*, semnele clinice ale ulcerului G. D. perforat s-au precizat, diagnosticul precis a devenit mai frecvent și desigur mai precoce, iar intervențiile în materie au devenit foarte numeroase. Autorii încep să discute nu numai diagnosticul și intervenția necesară, dar și adaptarea tehnicii operatorii pentru a obține rezultate cât mai bune și vindecări de durată sau chiar radicale.

Literatura în acești ultimi cincizeci de ani este extrem de numeroasă și în afară de *Mondor*, autori mai cunoscuți în problema ulcerelor G. D. perforate sînt: *P. Lecène, P. Duval, Grégoire, Judin, Mialaret și Edelmann, Suire și Laffitte, Broco, Iselin, Lorrat-Iacob, Roux* numai în Franța. În Germania, în țările scandinave, în Anglia și în America, tratamentul ulcerelor G. D. perforate a cunoscut de asemenea progrese și a evoluat în pas cu descoperirile medicale. La noi în țară, *Hortolomei, Iacobovici, Nasta, Butureanu, Pop și Nana, Chipail* au adus contribuții importante.

Toată această experiență a contribuit ca astăzi diagnosticul precoce în ulcerul G. D. perforat să devină posibil într-un număr foarte ridicat de cazuri, iar tratamentul chirurgical, în stadiile de început și în afara altor contraindicații, să fie de o siguranță, s-ar putea spune, aproape perfectă.

Dacă totuși pe alocurea mai există erori și mai ales diagnostice tardive, acestea se datoresc formelor clinice care au o simptomatologie redusă sau atipică, pe care vom analiza-o în acest capitol, încercînd a stabili valoarea esențială a unor simptome și cea secundară a altora, dar care în lipsa primelor, nu trebuie neglijate. În această privință trebuie să avem mereu în minte afirmația lui *Mondor* care a făcut epocă și care rămîne mereu valabilă : „Într-o urgență abdominală semnele clinice nu se numără, ci se socotesc”.

Semnele esențiale, trepidul simptomatic care face diagnosticul ușor este datorit celor trei manifestări bine cunoscute : durerea, contractura parietală și antecedentele de ulcer gastro-duodenal. Nu este locul să discutăm amănunțit caracterele acestor manifestări. Totuși vom aminti pe cele caracteristice, tocmai pentru a înțelege posibilitățile de eroare.

În marea majoritate a cazurilor, și pe statistica noastră s-a înrînit în peste 85 % din cazuri, durerea abdominală a fost atroce, violentă, survenită brutal, aceea pe care *Dieulafoy* o descrie ca prim simptom și o numește „lovitura de pumnal peritoneală”. Această durere este aceeași, fie că survine la un bolnav fără antecedente ulcerose și fără nici o suferință gastro-duodenală, fie că survine într-o perioadă de liniște evolutivă a ulcerului. fie că survine la bolnavi în criză, în care durerile cunoscute ale ulcerului încă neperforat durează de cîteva zile sau chiar de cîteva săptămîni. Nu rareori durerea obișnuită, pe care bolnavii o cunoșteau, se accentua în zilele premergătoare perforației, pentru ca la un moment dat să se producă accidentul brutal. Acest din urmă lucru îl citează *Judin* în „Journal de Chirurgie”, 1931.

Uneori evoluția durerii rămîne aceeași, este maximă în epigastru și această intensitate a durerii se suprapune intensității contracturii ; bolnavii devin neliniștiți, anxioși, cer intervenția.

Durerea brutală ce survine în doi timpi a fost descrisă și interpretată de autori ca o perforație dublă, a două leziuni diferite,

sau a unor perforații succesive ale aceleiași leziuni. Acest lucru nu pare a fi demonstrat.

Durerea violentă de la început, interpretată de noi ca perforație de organ, se ameliorează câte o dată după un timp relativ scurt, ca și în unele din cazurile noastre, dar reîncepe uneori destul de repede, alteori după 3—4 ore. Intensitatea durerii care reîncepe este, în aceste cazuri, mai puțin violentă deși destul de puternică. Noi am interpretat această revenire a durerii, ca și alți autori dealtfel, ca datorită iritației peritoneale și peritonitei. Ar putea să corespundă și valurilor repetate de devărsate digestive în cavitatea peritoneală, mai ales când violenta durerii are un caracter intermitent.

Pentru ulcerele duodenale durerea a fost în majoritatea cazurilor în epigastru și hipocondrul drept, iar iradiațiile variate: în spate, în umăr, interscapulare, uneori chiar spre stînga și nu lipsesc decât rareori.

Așa cum susține *Mondor*, semnul de importanță capitală, aproape fără eroare, este contractura parietală, mergînd pînă la abdomenul de lemn, cu aspectul de abdomen plat și contractat, imobil, astfel încît manifestarea nu numai că se palpează dar se și vede.

Considerăm și noi acest semn de o importanță covârșitoare; în cazurile noastre nu a lipsit nici o dată și nici nu vedem cum ar putea lipsi.

Contractura parietală ar putea lipsi eventual când lichidul duodenal, în perforațiile duodenului, este neutru sau alcalin și deci mai puțin iritabil. Noi o credem în aceste împrejurări mai puțin rigidă, mai puțin evidentă, dar totdeauna existentă. Ar putea de asemenea o contractură să tindă sau chiar să dispară complet. cînd perforația se obstruează repede, sau cînd ulcerul perforat a devenit repede ulcer perforat acoperit. În aceste împrejurări un examen tardiv ar putea conchide la absența contracturii parietale, deși inițial a existat.

De aceea, oricît ar fi de intensă drama dureroasă abdominală, este mai greu să ne gîndim la ulcer perforat atunci cînd nu există contractură parietală, mai ales dacă în evoluție starea generală rămîne bună. Dimpotrivă, considerăm că nu e permis în cazurile de contractură parietală categorică și neîndoieînică, chiar cu fenomene dureroase de început puțin brutale, chiar cu o stare generală relativ bună, să nu ne gîndim dacă nu neapărat la o perforație de organ, dar la un fenomen iritativ peritoneal. Acesta ar putea fi datorat desigur unei alte cauze, dar ar putea fi datorat și perforației unui ulcer dacă contractura este sau a început în epigastriu, mai ales dacă bolnavul are antecedente ulcerose dese, după cum se poate datora și perforației unui ulcer latent și necunoscut. Nu trebuie uitat faptul că perforația poate fi cîteodată prima manifestare a unui ulcer fără simptome clinice evidente și necunoscut pînă la acea dată.

Existența unei contracturi parietale fără perforație este citată în cazul unor manifestări denumite de *Mondor* „sindrom de perforație fără perforație”. Ar fi datorită unor fenomene iritative, de exemplu: gastritele flegmonoase sau ulcer gigant cu fenomene inflamatorii.

Cu totul excepțional, chiar pancreatitele acute edematoase se pot însoți de contractură parietală, cum a fost cazul profesorului *Butureanu* și *Chipail*, prezentat la Academia de Chirurgie din Paris în 1935.

De asemenea, se citează contractură parietală în cazuri de aortite sau anevrisme aortice disecante, situate sub diafragm (*Mondor*).

Contractura parietală fără perforație se mai citează în hemoamele traumatiche subperitoneale, în traumatismele vertebrale, în hemotoraxul traumatic, în fracturile de bazin ca și în unele fracturi craniene.

Unul dintre noi, (*Chipail*), a observat contractură parietală în hipocondrul drept datorită unei colecții serofibrinoase intra-pleurale situate la baza dreaptă. E adevărat că bolnavul nu avea

nici o altă simptomatologie de ulcer, nici de perforație, iar colecția a fost bătută pe semnele clinice toracice și confirmată radiologic.

Existența unei contracturi parietale fără leziune peritoneală subiacentă și fără alte leziuni care s-o poată explica, este citată în literatură cu totul excepțional și explicată foarte variat și neconcludent, ca fenomen de însoțire a unei contracții de organ, sau ca fenomene iritative a unor plexuri neurovegetative. A fost întâlnită de noi cu regularitate în hematoamele retroperitoneale post-traumatice.

În experiența Clinicii a III-a chirurgicale din Iași avem două cazuri de contractură parietală fără leziune de organ, verificate operator și fără nici un element reacțional în peritoneu și nici alte leziuni care ar fi putut explica contractura. Redăm aceste observații pe scurt.

Obs. 1. — Ofițer german de 28 de ani, în retragere de pe frontul sovietic în timpul evacuării Iașului — martie 1944. În timpul unui marș îndelungat și forțat este cuprins de dureri abdominale generalizate, cu senzație de greutate și stare de rău general. Este adus în clinică spre orele 18 seara când prezintă: dureri abdominale spontane continue, cu unele exacerbări, fără caracter categoric colicativ. Bolnavul mai mult slab, abdomenul ușor escavat, prezintă la palpare o contractură netă vizibilă chiar, cu caracter lemnos ceva mai puțin accentuată spre pelvis. Palparea este dureroasă, accentuează durerea spontană, fără a fi violentă. Nu prezintă, sonoritate prehepatică iar în antecedente unele stări dispeptice fără nici o simptomatologie de ulcer.

Situația de evacuare a clinicii nu permite un examen radiologic. Starea generală a bolnavului — relativ bună; un plus de 801 mmHg, subfebril până la 37,6, T.A. 12—7, 112. Lojele renale nedureroase, urinează normal. Examele sumare de laborator nu arată nimic anormal afară de o leucocitoză ușor crescută (9600 pe mm.c.). Tuseul rectal nedureros, fără semne de lichid în Douglas.

Pînă a doua zi dimineată starea locală cu nimic modificată, contractura persistă, starea generală aceeași. Laparatomia urmată de explorare minuțioasă nu arată nici o perforație de organ și nici o altă leziune care să explice fenomenele patologice și în special contractura care a mai persistat aproximativ 48 de ore postoperator. A fost evacuat după câteva zile în stare normală.

Obs. 2. — Bolnav de 52 ani, muncitor, se internează de urgență cu dureri vii abdominale, debut brusc epigastric postprandial, fără nici o simptomatologie anterioară. Pneumoperitoneu absent. Clinic, contractură parietală generalizată cu aspect de abdomen de lemn. Starea generală bună, afebril, puls 78/minut, leucograma 9 200, nimic pulmonar, constante normale.

Observat timp de 10 ore în repaus și gheață, după antalgice și antispastice durerea persistă, contractura parietală nemodificată, bolnavul începe să fie ușor agitat. Spălătura gastrică aduce resturi alimentare. Se instalează o aspirație continuă care nu modifică simptomele de la internare. După alte 4 ore laparotomia cu explorare minuțioasă nu aduce nici o precizare. Evoluția postoperatorie simplă, părăsește clinica a 10-a zi în stare normală și vindecat operator.

Oricum, chiar dacă în cazuri excepționale contractura parietală ar avea altă cauză decât iritația peritoneală sau peritonita în evoluție, chiar dacă în manifestările acestor tulburări contractura ca semn clinic ar avea grade variate, convingerea noastră, și din toată literatura reiese că nu-i numai a noastră, este că acest simptom este cel mai fidel. Prezența și persistența contracturii parietale trebuie să ne facă înțodeauna să ne gândim la o cauză care o provoacă, o cauză care, în enorma majoritate a cazurilor, va necesita un tratament chirurgical și că o laparotomie de urgență ar putea fi oricând necesară.

Mondor, în cartea sa, afirmă că în prezența contracturii parietale, laparotomia de urgență se impune, chiar dacă uneori s-ar putea să nu fie perforație de organ și spune: „Un medic care în fața unui bolnav cu contractură generalizată și invincibilă a peretelui abdominal întârzie să cheme chirurgical, n-a înțeles nimic din patologia peritoneală”.

Sîntem și astăzi integral de aceeași părere cu precizarea că în cazurile îndoielnice de diagnostic neprecizat, fără antecedente ulceroase, fără dureri caracteristică și fără pneumoperitoneu, aspirația digestivă ar favoriza temporizarea, cel puțin pînă la precizarea diagnosticului și ar evita puținele dar existentele și uneori periculoasele laparotomii albe și neconcludente. Și totuși, noi putem

afirma că preferăm în cazuri neconcludente și în care toate explorările posibile au fost făcute, să laparotomizăm inutil un bolnav, decât să-l lăsăm să moară de o leziune eventual perforativă și necunoscută.

Prezentăm de asemenea un caz foarte curios de contractură parietală operat în Clinica a III-a chirurgicală din Iași.

— *Bolnav de 58 de ani, cu trecut ulceros și diagnostic confirmat, se prezintă cu abdomen chirurgical acut. Dureri violente predominant epigastrice, abdomen destins moderat, dar contractură parietală categorică supraombilicală invincibilă. Febră, leucocitoză crescută. Se intervine cu diagnosticul de ulcer perforat și se găsește un ulcer duodenal calos, terebrant în pancreas dar neperforat. Se practică rezecția cu restabilirea continuității după Reichel-Polya.*

Ne frapază în cursul explorării aspectul particular al anselor intestinale modificate spre violacen, cu luciu metalic al seroasei parietale și viscerele și o cantitate de lichid seros, redusă dar existentă în unele repliri ale peritoneului. După operație fenomenele se mențin, nu survine nici o ameliorare, febra persistă, agitația crește. Bolnavul cianotic de a doua zi după operația, starea abdominală se agravează în sensul unei distensii care e greu de apreciat ca peritonită sau ocluzie.

Reintervenția a 5-a zi arată un infarct mezenteric ce cuprinde întreg intestinul, deasupra resurselor chirurgicale.

Sîntem înclinați a crede că infarctul mezenteric nu a fost o complicație post-operatorie și nici că leziunea ulceroasă a fost aceea care a produs suferința. Credem că fenomenele clinice — durerea, contractura, starea generală modificată — traducneau infarctul mezenteric în pregătire, ce apărea la prima intervenție doar prin aspectul deosebit al anselor și peritoneului. Dacă bolnavul era operat mai târziu, s-ar fi găsit probabil infarctul constituit și ulcerul ar fi fost descoperit ca o leziune asociată, sau chiar ar fi trecut neobservat.

Dacă la durerea brutală cu caracter de perforație de organ și la contractura parietală se adaugă antecedentele ulceroase, diagnosticul de perforație este neîndoielnic și — *Mondor* o afirmă — căutarea celorlalte semne rămîne aproape fără importanță. Bineînțeles că acest lucru este adevărat cînd este vorba de semne

ulceroase sigure, fie semne clinice, fie chiar ulcere diagnosticate radiologic și tratate ca atare mai multă vreme.

Dar cazurile nu se prezintă întotdeauna cu simptomatologie completă și clară așa cum o descriu tratatele. Perforația se poate produce la un ulcer latent, cu manifestări mai puțin clare și fără un diagnostic evident.

Unii dintre bolnavi au un trecut dispeptic care bine precizat și amănunțit controlat ar putea orienta diagnosticul chiar dacă nimeni nu s-a gândit până atunci, nici bolnavul nici medicul, că ar fi vorba de o leziune ulceroasă.

Alții, nu au nici o tulburare digestivă, de nici un fel și perforația cu simptomatologie fudruoaiantă este revelatoare a existenței ulcerului. Este cu atât mai de necrezut cu cât apare la unii bolnavi în plină vigoare și sănătate. Manifestarea este asemănătoare după expresia tot a lui *Dieulafoy* „ca un trăsnet pe un cer senin“.

Deși perforația unui ulcer latent este obișnuit rară, acest fel de accidente ca și perforațiile cu antecedentele dubioase, al căror diagnostic clinic rămîne îndoielnic, trebuie precizate întotdeauna. Precizarea trebuie făcută repede, înainte ca evoluția peritoneiei să devină un factor de gravitate. În aceste împrejurări semnele accesorii ar putea fi utile.

Prodromele pot lipsi. Cel mai important pentru noi este durerea care se accentuează, devine tenace, continuă și fără întrerupere în intervalul de câteva zile, sau numai câteva ore înaintea perforației. Alteori o stare febrilă, sau mai corect subfebrilă, însoțită de stare de rău, greață, vărsături și pentru unii autori chiar hematemee.

Bancu și Sireteanu, pe 111 cazuri de perforații ulceroase, găsesc că unele din ele avuseseră hemoragii repetate. Aceasta înseamnă că ulcerele hemoragice pot perfora, lucru cunoscut dealtfel și acesta ar fi un argument în plus pentru tratamentul chirurgical al hemoragiilor ulceroase.

Este aproape surprinzător că în școala medicală românească indicațiile operatorii, după hemoragiile ulcerose, este pusă așa de rar de unii practicieni care prelungesc indefinit și periculos tratamentul medical.

Dintre semnele fizice, sonoritatea prehepatică, semn de revărsat gazos în peritoneu și tușeul rectal care ar putea arăta prezența lichidului în Douglas, sînt semne prețioase, dar după noi sînt rareori precece.

În schimb, examenul radiologic poate aduce adesea lămuriri hotărîtoare. Examenul baritat este, după cum se știe, discutat și acuzat că ar fi un factor favorabil perforației. Observații numeroase și neîndoielnice sînt publicate de către *Butner* și *Heidemann* de la Danzig, *Himmelman*, *Paneh* de la Viena, *Poas* în clinica lui von *Haberer*, sau *Mande* de la Hocheneg. După noi, examenul baritat ca și traumatismele, nu ar putea perfora, în cele mai numeroase cazuri, decît ulcerele în eminență de perforație sau în orice caz în pregătire de a evolua către perforație. Astfel încît dacă fenomenul s-ar întîmpla în timpul unui examen baritat, ar fi sub ochii noștri, ca în una din observațiile noastre, iar tratamentul ar putea fi aplicat imediat. De aceea, nu considerăm examenul baritat periculos decît atunci cînd e făcut ambulator, sau cînd perforația consecutivă s-ar produce mai tîrziu. Credem însă că un bolnav cu fenomene dureroase, cu contractură parietală este mai greu și cere mult mai mult timp de examinat și de supus la manevre care în aceste împrejurări sînt dificile, dureroase și neindicate.

În schimb, examenul radiologic simplu fără pregătire, care cere un timp relativ scurt și care se va face nu numai radioscopic ci și radiografic, din față, din profil și mai ales în poziție verticală. Cînd există, aceste examene arată prezența de pneumoperitoneu.

Fără a fi patognomonic de ulcer perforat, acest semn arată însă neîndoielnic că este vorba de o perforație de organ. Semnul are valoare și în examenele făcute ceva mai tardiv cînd manifes-

tările inițiale și-au pierdut caracterul de precizie. Colaborarea unui radiolog calificat este indispensabilă.

Pneumoperitoneul în ulcerele G. D. perforate, ca dealtfel în toate perforațiile de organ, nu este constant și, lipsa acestuia nu înseamnă deloc că perforația nu există. Existența semnului însă, confirmă perforația fără nici o posibilitate de îndoială și adesea o confirmă înaintea apariției sonoriității prehepatice, care în perioade mai avansate poate fi datorită distensiei colice.

În țară la noi, dr. Cezar Petrescu din București, în cazurile de diagnostic îndoielnic și lipsa pneumoperitoneului la examenul radiologic, însuflă aer în stomac prin sonda de aspirație, forțând astfel irupția aerului în peritoneu. Desigur, acest lucru poate confirma diagnosticul.

În ceea ce ne privește, sîntem departe de a ne însuși ideea și nu vom practica niciodată acest lucru deoarece introducerea de aer sub presiune ar putea dezobstrua o perforație, ar putea mări dimensiunile perforației și ar putea favoriza devărsarea de lichid digestiv în peritoneu. Adică, ar putea produce tocmai ceea ce noi dorim să nu se întîmple. În această privință preferăm, în lipsa unor contraindicații majore, laparotomia.

Quénu obține pneumoperitoneu la o perforație de ulcer introducînd doar 30 cc aer în stomac — deci fără presiune — și descrie metoda, atribuind-o lui *Ochsner* și *De Bakey*. *Iselin* însă nu este de părere a provoca pneumoperitoneu în scop diagnostic.

Pneumoperitoneul care, deci, nu însoțește întotdeauna o perforație G. D., ar putea lua cîteodată un aspect cu totul neobișnuit, supărător, dacă nu chiar periculos. *Colson*, *Mansuy* et *Caillard*, publică în „*Lyon Chirurgical*” din ianuarie 1937, un caz de perforație gastrică, cu o cantitate enormă de aer în cavitatea peritoneală și pe care autorii îl denumesc „Pneumatoză peritoneală”. Au găsit în toată literatura încă 30 de cazuri.

Această pneumatoză supărătoare turtește intestinul pe perețele abdominal posterior, comprimă ficatul și ridică diafragma de așa manieră încît ar putea eclara. Dacă acest gaz nu se re-

soarbe, poate duce la ocluzii sau se infectează. În cazurile operate precoce gazul este inodor și originea nu-i microbiană.

Proveniența — explică autorii, — survine mai ales în ulcerele gastrice cu perforații minuscule, organul fiind cu desăvârșire gol de conținut lichidian sau alimentar și exemplifică întâmplarea prin posibilități de alimentare rectală necesară pentru unii bolnavi. De asemenea, ar fi posibilă această pneumatoză în perforațiile gastrice înalte, situate sub cardia, sau pe marea curbură la nivelul pungi de aer.

Pneumoperitoneul în ulcerele, perforate, care de cele mai multe ori este drept și mult mai rar stîng, are o așa mare valoare în diagnosticul de perforații, încît *Fagniez* spune că trebuie să fim foarte exigenți nu numai cu numărul incidențelor în care se face examenul, ci și cu calitatea clișeei radiografice.

Doctorul *Toporaș* afirmă că apendicita acută perforată nu dă niciodată pneumoperitoneu. Unul din cazurile noastre însă cu o simptomatologie îndoielnică, dar cu o leziune controlată și verificată de apendice perforat și cu pneumoperitoneu subdiafragmatic drept, dezminte această afirmație. Este drept însă, că nu am întâlnit pneumoperitoneul în apendicita acută decît o singură dată. Deși e tot atât de adevărat că apendicitele acute cu simptomatologie tipică și neîndoielnică sînt rareori controlate radiologic.

La noi în țară, *Gh. Popovici* de la Bacău a utilizat laparoscopia în scop diagnostic în 30, de ulcere perforate. Nu a descoperit nici o dată orificiul de perforație ci doar semne indirecte: congestie, false membrane, sau o cantitate mică de lichid tulbure. Indicația laparoscopiei, spune autorul, nu-și are rostul decît în absența pneumoperitoneului.

Dintre semnele generale merită a fi discutată starea de șoc, descrișă de unii autori în manifestările perforației ulcerose.

Credem necesar a discuta această manifestare deoarece o stare de șoc veritabilă, cu circulație care se prăbușește și tinde către colaps, ar fi incontestabil o contraindicație în ceea ce pri-

vește tratamentul chirurgical de urgență și cu atât mai mult a unei intervenții de amploare cu caracter de radicalitate.

Este necesar de asemenea să precizăm că nu este vorba aici nici de șocul consecutiv unei hemoragii ce poate să se asocieze perforației ulceroase, nici de șocul tardiv peritonitic sau ocluziv ca urmare a evoluției perforației de organ, ci este vorba de starea de șoc inițial ce însoțește uneori fenomenele de perforație.

Judin admite că acest fenomen este foarte rar, iar *Mondor* îl admite în 30 % din cazuri și îi descrie simptomele caracteristice. Acestea sînt: paloarea tegumentelor feței, transpirații, răcirăa extremităților, stare de apatie mergînd uneori pînă la inconștiența bolnavului. Temperatura este uneori subnormală, pulsul mic, rapid pînă la 140, iar T. A. scăzută.

Dar tot *Mondor* arată în 1933, și *Suire* în 1963, la Academia de Chirurgie din Paris confirmă acest lucru, că unele manifestări de șoc în perforațiile ulceroase, apărute ca fenomene inițiale, sînt capabile să dispară spontan la repaus sau la administrarea unui analeptic cardiovascular.

După experiența noastră aceste fenomene care cedează uneori foarte repede, sînt mai ales consecința fenomenelor dureroase și dispar imediat ce fenomenele de durere violentă au încetat. Durerea, starea de anxietate și de neliniște provocate de perforație pot produce paloare, răcirăa extremităților și chiar modificări de puls și tensiune arterială, ca o consecință, credem noi, a reacției neurovegetative la durere.

Dealtfel, după părerea noastră, aceste fenomene nici n-ar putea să fie încadrate în fenomene de șoc, dispariția lor fiind uneori atât de spectaculară, cu revenirea la normal a bolnavului, încît uneori te-ai putea îndoi de diagnostic. Această acalmie înșelătoare însă nu trebuie să împingă la temporizare. Există uneori o ameliorare extraordinară și temporară a tuturor simptomelor de perforație înainte de începerea peritonitei, iar *Mondor* spune că aceasta se întâmplă numai în ulcerele gastrice și niciodată în cele duodenale.

Șocul inițial veritabil este rar, după părerea celor mai mulți autori. *Graham* îl admite numai în 7,4% din cazuri, iar noi din fericire nu l-am întâlnit nici o dată. Șocul apare fie că bolnavul nu se redresează după fenomenele inițiale care se accentuează și tind către colaps, fie că starea de colaps se instalează brutal așa cum *Suire* și *Laffitte* publică o observație în 1933 la Academia de Chirurgie din Paris, discutând între altele și mecanismul șocului.

La această observație detaliile operatorii lipsesc și citită cu atenție, impresia noastră este că perforația era apărută cu mult înainte de fenomenele de șoc — deci acesta ar fi putut fi determinat de evoluția peritonitei.

Oricare ar fi situația, dacă dispariția fenomenelor inițiale de șoc nu este completă, dacă tensiunea arterială și starea circulatorie a bolnavului nu se redresează și dacă la aceste fenomene se adaugă tulburări respiratorii, starea de șoc este evidentă.

Dintre manifestările existente, respirația superficială, imobilitatea diafragmului și lipsa mișcărilor respiratorii ale peretului abdominal, denotă revărsat peritoneal subdiafragm și posibilități de resorbție sporită care vor putea agrava fenomenele de șoc.

Existența șocului declarat și recunoscut de la început, impune o reanimare indispensabilă, care trebuie să fie intensă, adecvată, și rapidă pentru ca intervenția să poată avea loc înainte ca leziunile peritoneale să devină periculos de grave. De asemenea, instaurarea unei aspirații digestive va permite temporizarea până la dispariția fenomenelor de șoc.

În materie de diagnostic precoce în perforațiile ulcerose, am mai avea de adăugat câteva lucruri privind semnele generale (puls, temperatură, T. A.), la perforațiile obișnuite fără fenomene de șoc. În general, la acești bolnavi predomină fenomenele locale și în special durerea subiectivă care-l obligă pe bolnav să ceară ușurarea și să ia o poziție care i se pare că-l ameliorează. Semnele generale în această situație de început rămân obișnuit bune; nor-

male, sau foarte aproape de normal. Pulsul 70 pe minut, tensiunea arterială prea puțin modificată, febra puțin ridicată sau o stare subfebrilă pînă la 37,5 — 37,8.

Aceste semne se pot altera uneori mai tîrziu chiar și după 24—36 ore; alteori însă se alterează foarte repede. Această alterare este în strînsă legătură cu evoluția fenomenelor peritoneale care la rîndul lor vor fi determinate de factorii deja cunoscuți (mărimea perforației, cantitatea de lichid revărsată în peritoneu și mai ales de septicitatea revărsatului). Ei bine, diagnosticul, și indicația de intervenție trebuie făcute în această perioadă în care starea generală rămîne încă bună. Am spune chiar că această indicație să fie făcută atîta vreme cît încă leziunea nu s-ar putea chema decît ulcer perforat și nu peritonită.

Cînd starea generală se alterează, cînd febra crește, pulsul devine frecvent, tensiunea arterială începe să se modifice, și cu atît mai mult cînd contractura dispare, începe distensia oculară și bolnavul varșă neîncetat, diagnosticul nu mai este precoce. Peritonita este în plină evoluție, prognosticul se schimbă radical și devine grav cu fiecare oră care trece.

Dacă altădată mortalitatea după ulcerul G.D. perforat era înfrîtoare, astăzi nu numai că a scăzut enorm, dar după noi, afară de anumite tare organice sau situații care pot fi agravate de orice boală sau accident, mortalitatea trebuie să devină nulă. Convingerea noastră este că orice fel de tratament, atît cel conservator, cît și orice metodă chirurgicală poate fi eficace pînd vindecarea perforației ulcerose. Dar ceea ce face ca acest tratament, oricare ar fi el, să ducă totdeauna la vindecare este diagnosticul precoce. În această perioadă, cu indicații bine alese, atît operațiile simple, drenaj sau sutură, cît și operațiile de amploare cu caracter de radicalitate duc cu regularitate la vindecare.

Cineva afirmă, cu drept cuvînt, „nu trebuie să se mai moară astăzi de ulcer G.D. perforat”. Nu trebuie uitat însă că diagnosticul eronat și uneori condițiile de transport pot înînzia pre-

cociata intervenției care trebuie să fie tot atât de imediată ca și diagnosticul.

Nu putem termina acest capitol fără a atrage atenția — chiar dacă vom repeta-o — asupra dificultăților de diagnostic în anumite forme clinice de perforații G. D. ulcerose.

Astfel sînt formele cu manifestări atenuate, în care durerea este redusă, contractura localizată și în care importanța pneumoperitoneului este decisivă. La fel sînt formele înșelătoare în care topografia durerii este neobișnuită: în fosa iliacă dreaptă, la baza toracelui. Tot așa sînt unele ulcere în vecinătatea cardiei, asociate uneori cu o hernie hiatală, cu simptomatologie toracică și care pot perfora în cavitatea epiploanelor.

Pericolul de diagnostic tardiv prezintă și unele ulcere medicamentose (cortizonice) care frecvent perforază nezmotos.

CAP. VII

POSSIBILITĂȚI DE VINDECARE SPONTANĂ ȘI TRATAMENTUL NECHIRURGICAL

În cartea sa, vorbind despre evoluția ulcerului gastro-duodenal perforat, *Mondor* spune : „Lăsată în voia soartei boala evoluează către peritonită”. În mod obișnuit, și a rămas multă vreme clasic, se considera evoluția unei perforații ulcerose în peritoneul liber către peritonită difuză și moarte, ca inevitabilă.

În realitate nu-i chiar tordeauna așa. Și tot *Mondor* spune că în cazuri excepționale manifestările dramatice de la început pot să se schimbe, uneori destul de repede și boala să evolueze către o peritonită localizată, sau chiar către vindecare spontană. Astfel, *Toland*, în noiembrie 1936 publică în „*Annales of Surgery*” 22 perforații G.D. neoperare, din care numai 20 au murit. Prin urmare perforațiile ulcerose gastro-duodenale în peritoneul liber nu antrenează fatal moartea. Există deci și o posibilitate de vindecare spontană, dar ceea ce trebuie știut este că acest fel de vindecare este nu numai rar, ci excepțional. *Mialaret* și *Edelmann* în cartea lor dau un procent de 5 % vindecări spontane. În literatură cercetată de noi am găsit numeroși autori care citează vindecări spontane : *Konjetzny*, *Barclay*, *Mayer* și *Gordon*, *Toland* și alții. În monografia lui *Mialaret* este citată observația lui *Bager* în care un bolnav ce s-a vindecat spontan de două perforații succesive, moare după o a treia perforație suturată abia la 34 ore după accident. Nu cunoaștem în amănunțime observația și nici nu se poate face proces de intenție asupra conduitei de tratament, dar ne întrebăm totuși, oare nu cumva — cunoscând cele două vindecări spontane ale perforațiilor anterioare — s-a așteptat și vindecarea celei de-a treia ? Și, de ase-

menea, observația pune limpede problema necesității, ori de câte ori este posibil, a tratamentului radical — singurul, în cazul citat, care ar fi înlăturat recidivele perforației.

Unele perforații cu simptomatologie neclară, considerate ca vindecate spontan și deci necontrolate operator, au fost uneori discutate în ceea ce privește autenticitatea. Se cunoaște astfel, că unele pusee acute și violente ale unui ulcer ar putea fi interpretate uneori ca o perforație, fără ca în realitate leziunea să fi existat ca atare. De aceea, este destul de probabil, ca numărul vindecărilor spontane să nu se suprapună întotdeauna realității pe toate statisticile din literatură.

Examenul radiologic de urgență care pune în evidență pneumoperitoneul, când există bineînțeles, este singurul care aduce confirmarea perforației. Așa după cum, fără această confirmare, unele perforații latente sau cu simptomatologie frustă rămân nedescoperite. *Grégoire* și *Roubier* în 1930, *Monod* și *Holländer* în 1932, comunică la Societatea de Chirurgie din Paris observații de perforații puțin zgomotoase în care pneumoperitoneul descoperit radiologic și clinic, aparent spontan, era datorit unor perforații ulcerose și care au putut să se vindece spontan. Nu rareori aceste perforații denumite cronice sau latente, fruste de către alții, nu au nici o manifestare violentă și apar dintr-o dată ca o perigastrită supurată.

Ținem să atragem atenția, și autorii americani *P.W.R. Lee*, *P. D. M. Costen*, *D. H. Wilson*, *A. K. Hali* publică observații demonstrând că uneori, mai ales când stomacul este plin sau când perforația este jos situată, pneumoperitoneul nu apare din primul moment al perforației ci ulterior, după ce stomacul s-a mai golit și aerul a putut trece prin perforație. De aceea, este recomandabil, să se practice un examen radioscopic ceva mai târziu, dacă la un examen radiologic inițial și făcut precoce, nu se găsește pneumoperitoneu.

Având în vedere deci posibilitățile, rare dar existente, de vindecare spontană, am putea oare, cel puțin câteodată, evita

intervenția și care ar fi acele cazuri ca și atitudinea terapeutică în general ?

Pentru aceasta este necesar mai întâi să ne dăm seama care sînt condițiile și posibilitatea ca această vindecare spontană să se producă.

Barthes, în teza sa din Paris, 1933, cît și *Constantini* și *Curtillet* în „Revue de Chirurgie” 1936, se ocupă de această problemă arătînd că perforațiile care evoluează spre vindecare spontană se pot prezenta sub două aspecte diferite.

Unele sînt ulcerele perforate acoperite — înțînite și de noi la 62 de bolnavi. În aceste cazuri sindromul perforației se instalează brual, dar perforația s-a acoperit repede printr-un organ din vecinătate, care prin prezența sa va împiedica revărsarea aerului și a lichidelor în peritoneu.

Altele, sînt acele perforații cu manifestări clinice reduse sau chiar cu totul latente (pe care unii le denumesc mute). În aceste cazuri vacuitatea stomacului și dimensiunile orificiului n-au permis trecerea în peritoneu decît a unei cantități minime de lichid digestiv, poate chiar numai de gaze. După un timp orificiul se obturează, peritoneul resoarbe revărsatul digestiv, manifestările dispar treptat și vindecarea se produce.

În aceste din urmă cazuri, închiderea perforației poate fi favorizată, mai ales în ulcerele recente și perforațiile acute, de starea de elasticitate tisulară care va ușura apropierea țesuturilor și acoperirea orificiului. Ceea ce desigur nu se poate spera în ulcerele caldase, deși chiar și acestea din urmă, chiar și unele perforații mai mari pot fi obturate cîteodată.

În unele din cazurile noastre operate relativ tardiv, după 12 și chiar 24 de ore, le-am găsit obturate prin resturi alimentare, fie prin dopuri de fibrină sau false membrane organizate în exteriorul și la periferia perforației. În aceste cazuri, refluxul fiind suprimat și dacă revărsatul sau o colecție lichidiană eventuală din vecinătate nu împiedică, se vor forma ulterior aderențe cu organele vecine și vor deveni astfel la fel cu perforațiile

acoperite propriu-zise. În astfel de împrejurări însă, peritonita are toate șansele să evolueze pe cont propriu, sau cel puțin ca peritonită localizată, cu toate că refluarea digestivă a fost suprimată.

În legătură cu această problemă, trebuie să facem o deosebire categorică — credem noi cel puțin — între un ulcer perforat acoperit și ulcerul perforat obstruat (astupat), Literatura franceză în special, vorbește de ulcerul perforat acoperit și de cel obstruat, întrebându-se uneori același termen „bouché”.

Chiar termenul „a acoperi” înseamnă a pune ceva deasupra unui lucru pe care vrei să-l acoperi. Termenul de ulcer perforat acoperit a fost creat de *Schnitzler*, în 1912, iar *Mondor* spune că aceste ulcere au un acoperiș improvizat: ficat, epiploon, veziculă biliară, chiar perete abdominal. Cîteodată aceste ulcere beneficiază de acoperire și se pot vindeca.

Dar nu se poate avea încredere perfecă în această acoperire care poate fi numai temporară, mai ales cu un stomac plin. Aspirația digestivă va favoriza adesea definitivarea și vindecarea acestei acoperiri. În orice caz, nu putem considera vindecarea de bună calitate pînă cînd între marginile perforației și organele ce o acopăr nu se stabilește, nu se organizează, aderente strînse și solide. Chiar în astfel de cazuri, perforații iterative s-au văzut și după mai mulți ani, deoarece adesea procesul ulceros nu s-a vindecat odată cu perforația.

Spre deosebire de acestea, ulcerul perforat cu orificiul obstruat (astupat) este acea perforație în care orificiul s-a astupat cu un rest alimentar sau prin dopuri de fibrină, sau false membrane organizate în vecinătatea perforației, ca și în cazurile observate și citate de noi.

Este neîndoiehnice că obturarea aceasta a perforației ar putea favoriza acoperirea leziunii cu alte organe din vecinătate, devenind și aceste ulcere perforate acoperite.

Dar acest lucru nu-i obligatoriu și nici întotdeauna posibil. Atunci cînd între perforația astupată și organele vecine s-a format o colecție din revărsatul digestiv sau poate chiar o colecție

purulentă, acoperirea va fi împiedecată, orificul avînd toate șanse să se dezobstrueze, să se mărească prin însăși prezența cor-pilor străini sau a fragilității tisulare caracteristică marginilor perforației. În acest fel evoluția către vindecare este înălăturată.

Literatura medicală cercată de noi nu face această deosebire între modalitățile de obturare ale perforației și nu o credem esen-tială. Dar sîntem convinși că o perforație astupată are mult mai multe șanse de desobstrucție spontană decît o perforație aco-periță de la început, dacă bineînțeles acoperirea a durat un timp suficient ca procesele aderentiale să se producă.

Afirmația noastră se bazează și pe faptul că ori de cîte ori am înîlînit o perforație astupată fără aderente cu organele ve-cine — deci neacoperiță propriu-zis — desobstrucția se făcea cu regularitate, cu ușurință, la cea mai mică mobilizare a organului, obturarea fiind deci cu totul precară. Extragerea corpului străin alimentar care obtura perforația în acele cîteva cazuri înîlînite de noi, a lăsat întotdeauna un orificiu mare sau care s-a mărit cu ușurință în încercările de extragere a acestui rest alimentar.

Din nefericire însă, vindecarea spontană a acestor perforații nu este deloc și întotdeauna sigură, chiar atunci cînd factorii ana-tomo-patologici permit și cînd clinic se observă o tendință apa-rentă de vindecare. Astfel, acoperirea spontană a perforației nu ajunge obligatoriu la aderente definitive și chiar dacă acestea se produc, evoluția și exteriorizarea ulterioară a ulcerului în organul vecin este oricînd posibilă. De asemenea, obturarea perforației poate fi numai temporară. Perforația se poate lărgi și refluxul digestiv reîncepe cu mai mare intensitate. Aderentele cu organele vecine, veziculă, epiploon, precare la început, se pot decola și evoluția către peritonită este astfel inevitabilă. Toate acestea sînt verita-bile perforații recidivate sau în doi timpi, care vor impune actul operator.

Cunoscînd această posibilitate de evoluție a ulcerelor perfo-rate acoperite cît și instabilitatea unui început de vindecare spon-tană, sînt de înțeles discuțiile și atitudinile diferite ale chirurgilor,

unii susținând intervenția sistematică, alții fiind partizani ai temperaturării, urmînd a se interveni numai dacă evoluția favorabilă nu-și urmează cursul către vindecare.

Ținînd seama de posibilitățile de vindecare spontană și cunosînd de asemenea din experiență și observații factorii anatomo-patologici care favorizează vindecarea, sau care determină o anumită evoluție a perforațiilor G. D. cît și de unele împrejurări grave — din fericire rare — cum ar fi tare organice importante, vîrste extrem de înaintate în care cel mai mic act chirurgical poate fi fatal, cît și refuzul inconștient al unor bolnavi de a se supune operației, s-a ajuns, credem noi, la încercarea unui tratament conservator (neoperator).

Acesta, în concepția modernă, ar fi de dorit să poată fi aplicat la cele mai multe din cazuri dacă nu chiar la toate și este așa-zisul tratament neoperator (nechirurgical), sau tratamentul abstenționist.

Tratamentul nechirurgical. — Este sigur că abstenția operației, în trecut, nu era neapărat deliberată și hotărîtă în scop terapeutic, ci datorită unor stări care, considerate la vremea aceea, nu aveau indicații operatorii. Așa erau unele erori de diagnostic, sau unele perforații cu tendință la vindecare spontană, fie cele agravate de așa manieră încît intervenția părea absolut inutilă și chiar periculoasă. Și cu toate acestea, chiar unele cazuri cu aparență clinică de peritonită generalizată, unele vechi de 36—48 ore și cu răsunet general, s-au vindecat prin aspirație continuă și tratament conservator.

Acestea sînt excepții desigur, leziunile anatomo-patologice dacă ar fi fost verificate ar fi putut da o explicație acestor vindecări neașteptate și de necrezut. Aceste fapte izolate nu pot stabili o regulă, dar trebuie să ne facă să gîndim că și în cazurile ce aparent sînt desperate, un tratament medical ar putea fi uneori eficient.

Unul din cele mai simple tratamente medicale sau mai corect, de tratament nechirurgical, este așteptarea sub supraveghere, în cazurile de ulcere perforate acoperite, de perforații latente, a căror pneumoperitoneu este verificat radiologic și a căror evoluție poate merge către vindecare spontană. Ba poate chiar mai mult. Ar intra în această categorie și unele forme cu început brutal dar la care contractura parietală rămâne localizată și puțin intensă, starea generală rămâne bună, pulsul și T. A. nu sînt deloc, sau puțin modificate. Acestea ar corespunde acelor ulcere întrînzat acoperite sau celor astupate, simptomatologia lor rămînînd aceeași chiar după 12—14 ore, urmînd ca apoi să se amelioreze treptat.

Uneori bolnavii se pot vindeca astfel (în special cei tineri și rezistenți), fără un tratament propriu-zis decît repaus absolut la pat, gheață pe abdomen și suprimarea completă a ingerării. De aceea credem că acest fel de tratament ar fi mai corect denumit abstenție operatorie decît tratament medical. Acest fel de tratament neoperator a fost utilizat ca atare în cazurile indicate, urmînd ca toți bolnavii cu evoluție continuă și neîntreruptă să fie operați, pînă cînd progresele medicale din ultimele decenii au adus unele îmbunătățiri importante.

Dintre acestea, aspirația continuă, antibioterapia și reanimarea sub forma rehidratării și reechilibrării electrolitice, sînt nu numai importante dar și foarte eficiente, atît pentru bolnavii care vor fi operați și cu atît mai mult pentru cei care nu au indicație operatorie. Utilizarea acestor metode ar constitui o îngrijire de bolnav care față de cel menționat mai sus ar favoriza și ar duce la vindecare chiar și unele cazuri ce altădată erau operate obligator, avînd tot dreptul astfel să poată purta numele chiar de tratament medical. În realitate, acest tratament medical urmărește cîteva scopuri foarte clare încercînd, și uneori reușind, să favorizeze și să înădărească ceea ce organismul face singur în vindecările spontane. Astfel, aspirația continuă este capabilă să suprimere revărsatul digestiv în peritoneu și să favorizeze obturarea perforației. Sau împiedică dezobstrucția la cele deja obturate, permițînd

organizarea de aderente și cicatrizarea perforației, ceea ce nu-i altceva decât favorizarea unei acoperiri.

Antibioterapia poate asigura evoluția fără infecție în revărsatele peritoneale incipiente și neinfectate încă, sau chiar poate suprima o infecție care n-a ajuns încă la supurație și peritonită. Antibioterapia este un element de mare valoare terapeutică în tratamentul conservator al ulcerului perforat și un adjuvant indispensabil în tratamentul chirurgical.

Reechilibrarea hidroelectrolitică, ca aspect al unei terapii intensive indispensabilă în asemenea cazuri, hidratează și înlocuiește pierderile unui bolnav care varsă, care nu bea și la care manifestările și tulburările fiziopatologice ale unei peritonite incipiente nu vor întârzia să apară.

Un fapt important, care trebuie reținut, este că reechilibrarea, ca de altfel și ceilalți doi factori — aspirația și antibioterapia, vor fi considerați ca elemente importante și în pregătirea preoperatorie a cazurilor în care tratamentul medical este inefficient și evoluția bolii ne obligă la intervenție.

Pentru motivele amintite mai sus, considerăm în acest tratament, rolul aspirației continuu ca esențial.

În literatura controlată de noi nu am găsit cine este primul autor care a întreprins aspirația continuă în tratamentul ulcerului G. D. perforat. *Marc Iselin* o atribuie lui *Patrick Neagle*, care a aplicat-o la un bolnav a patra zi după perforație, deci în plină peritonită și considerat inoperabil. Acest bolnav s-a vindecat de două ori de același accident, prin aspirație fără intervenție.

Milaret și *Edelmann* vorbesc în monografia lor (1949), că *Barber* și *Maden* au tratat între 1937—1942, 91 de perforații G. D. abținându-se în 5 cazuri de la orice intervenție. La aceste 5 cazuri au aplicat aspirația continuă la ore diferite după începutul accidentelor, variind între a 4-a și a 22-a oră. Oricum, acești autori s-au abținut de la intervenții la toți cei 5 bolnavi. După aproximativ 12 ore de la început, după ce durerea și feno-

menele de șoc inițial au trecut, starea generală s-a îmbunătățit iar contractura abdominală a rămas limitată și puțin intensă.

Wagensteen și *Levine* comunică de asemenea în 1931, rezultatele obținute în tratamentul ulcerelor perforate prin aspirație, după care fenomenele peritoneale dispăreau odată cu evacuarea lichidului gastric. Iar *Miller* publică în 1938, opt cazuri vindecate prin această metodă și o numește „metoda abstentionistă”.

Dimpotrivă, în caz de contractură parietală generalizată și dureri violente, acești autori au operat cu regularitate. Autori care au publicat vindecări prin tratament medical sînt foarte numeroși, dar cel care a reluat problema, a studiat-o practic, și a codificat-o dîndu-i un fundament științific este chirurgul englez *Herron Taylor*.

Autorul, sprijinindu-se pe datele cunoscute din practica curentă care i-au permis să știe că în primele ore revărsatul peritoneal este steril, fie pe constatarea operatorie care i-a arătat că obturația spontană era posibilă, mai ales la bolnavii la care stomacul era gol, se îndoiește de necesitatea actului operator în perforațiile ulcerose. Pune în practică aceste gînduri, practica confirmă părerile sale prin rezultatele obținute pe care *Taylor* le publică în „The Lancet” din septembrie 1945. Această publicație are un mare răsunet mondial și numeroși autori încearcă metoda care de atunci încooace poartă denumirea de metoda lui *H. Taylor*.

Experiența anilor care au urmat publicării lui *Taylor* în numeroase articole din reviste și în urma răspîndirii acestui tratament în toată lumea, s-au adus precizări și au putut fi apreciate rezultatele acestei metode, putîndu-se astăzi judeca valoarea și a-i fixa indicațiile.

În afară de *L. Leger*, care, în 1947, analizează metoda în „Presse Médicale”, *Marc Iselin*, tot în aceeași revistă din 1950 face unele aprecieri deosebite de luat în considerație. Iar *Mialaret* în același an și în aceeași revistă privește în întregime problema tratamentului ulcerului G. D. perforat și cu o claritate perfectă precizează indicațiile fiecărei metode.

La Academia de Chirurgie din Paris, în cursul anului 1950 problema „Tratamentului neoperator a perforațiilor ulcerose” a fost ridicată de *J. Quénu*, și discutată pe larg de *Iselin, Chabrut, Richard, Louise René, Guenlette, S. Blondin, Mialaret și Edelmann, Séror, Guénin, Massé* și alții.

De atunci până în prezent experiența a devenit considerabilă. Antibioticele cu spectru larg și cu eficacitate sporită, reanimarea devenită de o precizie și eficacitate nebănuită, metode noi de tratament chirurgical privind vindecarea maladiei ulcerose, fac această problemă a tratamentului perforațiilor G. D. să fie meru la ordinea zilei.

La noi în țară tratamentul preconizat de *Taylor* a fost încercat de numeroși chirurși: *Gh. Popovici, I. Turai, Papabagi, Tomiza, Cezar Petrescu, Ionescu-Botoșani* ș.a., care au prezentat date interesante dar totuși neconvingătoare. Rezultatele acestor autori se suprapun în largă măsură pe datele statisticilor străine.

În mai 1977, la Reuniunea chirurgilor din Moldova ținută la Piatra Neamț, problema tratamentului perforațiilor ulcerose a constituit problema esențială și a fost dezbătută amplu. Dar creдем că — așa cum se întâmplă de cele mai multe ori — fiecare din congresiști a plecat cu convingerea experienței și a gândirii sale. De aceea ne vom îngădui să analizăm mai pe larg valoarea și indicațiile tratamentului neoperator.

Ceea ce trebuie afirmat de la început și trebuie cunoscut că un lucru ce nu poate fi tăgăduit de nimeni, este faptul esențial că tratamentul neoperator nu poate urmări decât vindecarea perforației și a consecințelor sale. Acest tratament ignorează evoluția ulterioară a leziunii ulcerose și cel mult poate spera, pe ici pe colo, în anumite forme și situații fe care le vom vedea, să vindece și boala.

S-a afirmat de unii autori (*Iselin, Chabrut*) că tratamentul aplicat după indicațiile lui *Taylor*, este o metodă revoluționară întrucât acest tratament părea de neașteptat și surprinzător. Nu trebuie uitat că perforațiile G. D. ulcerose au constituit până la

acea vreme o urgență chirurgicală majoră în care nimeni n-ar fi îndrăznit — în afară de cazurile cu totul și evident depășite — să nu opereze.

În ceea ce ne privește, noi nu putem privi metoda ca pe un element cu desăvârșire neașteptat și surprinzător. Aceasta, deoarce acest tratament este explicat prin aplicarea evoluției gândirii și cunoștințelor medicale ajunse la un anumit stadiu, cât și a descoperirilor noi aduse de progresul medical. Cu alte cuvinte, metoda nu-i decît încercarea de a reuși cît mai perfect și dacă s-ar putea în toate cazurile, a ceea ce organismul face singur în vindecările spontane, așa cum am arătat deja mai înainte.

Așa fiind, să vedem ce putem obține și care vor fi indicațiile tratamentului neoperator, adică aspirația continuă, antibioterapia și reanimarea, în perforațiile G. D. ulcerose.

Oricum, metoda *Taylor* se adresează numai anumitor ulcere perforate. Însuși autorul, când s-a hotărît să aplice metoda sistematic, spune că va aplica-o la bolnavii cu diagnosticul făcut precoce, cu diagnosticul cert și care sînt „à jeun”.

Nu vom insista amănunțit asupra tehnicii, dar vom aminti câteva lucruri pe care le credem esențiale.

Taylor începe printr-o evacuare a stomacului cu ajutorul unui tub mai gros tip Faucher. Profesorul *Jean Quénu* nu crede necesar acest lucru, mai ales cînd stomacul este în stare de vacuitate. Noi însă l-am vedea foarte necesar cînd stomacul este plin cu resturi alimentare. Nu trebuie însă să uităm că, mai ales după un prînz mai copios, resturile alimentare se evacuează foarte greu, chiar pe un tub gros. Iar spălătura gastrică care ar favoriza evacuarea este cu desăvârșire neindicată, consecințele putînd fi dezastruoase. De aceea în perforațiile survenite pe un stomac plin, cu resturi alimentare abundente ce nu pot fi evacuate, tratamentul prin aspirație ar fi una și poate chiar prima dintre contraindicații. Cu toate că *Perrotin*, care pe 45 de cazuri tratate prin aspirație între a 2-a și a 6-a oră de la debut, are 23 de eșecuri și 22 succese, spune că plenitudinea gastrică nu contraindică obligatoriu

aspirația Taylor. Totuși crede că vindecarea perforațiilor mici în ulcerele recente fiind mai ușor favorizate de aspirație, se va renunța mai repede la această metodă în ulcerele mai vechi și calose.

Sonda de aspirație va fi introdusă pe nas și pe care se va aspira discontinuu cu o seringă cum recomandă *Taylor*, fie că va fi adaptată la o pompă electrică de aspirație cum face *Quénu*, fie că se va pune în apă într-un sistem de sifonaj.

Funcționarea aspirației va fi supravegheată în permanență nu numai până începe să funcționeze, dar și ulterior, tot timpul cât aspirația va fi considerată necesară. Concomitent cu instalarea aspirației se începe o antibioterapie cu spectru larg (necunoscând agentul patogen a unei posibile infecții peritoneale), iar rehidratarea și reechilibrarea hidroelectrolitică va înlocui pierderile și va corecta modificările humorale fiziopatologice.

Trebuie să recunoaștem că reanimarea medicală și antibioterapia au venit să completeze fericit și să ușureze utilizarea metodei de tratament prin aspirație, pe care mulți autori străini și români o consideră ineficace și chiar periculoasă. Astfel, *Danicico*, *Brînzeu*, *Ștefanovici* și colaboratorii, o consideră oarbă și o recomandă ca tratament adjuvant pre și post-operator.

Mureșanu, o indică numai în cazuri extreme (distanțe de centrul chirurgical, refuzul bolnavului de a se opera, stare gravă). Profesorul *Hortolomei* și *Firică*, o cred utilă când din motive independente de voința noastră sîntem nevoiți să temporizăm operația, eventual pentru a interveni în condiții mai bune.

Concomitent cu instalarea aspirației se va face examenul complet al bolnavului, se vor controla constantele biologice, antecedentele, evoluția leziunii, iar preciziunea diagnosticului care trebuie să fie neîndoielnic, va fi verificată radiologic ori de cîte ori e posibil. Eroarea de diagnostic ar lăsa — cu toată aspirația — să evolueze o leziune ce ar beneficia exclusiv de un tratament chirurgical, cum ar fi apendicita acută, care dealtfel este confuzia

cea mai frecventă cu ulcerul perforat în stadiul actual al cunoștințelor noastre clinice.

Ceea ce se obține prin aspirație, trebuie să fie evident și cât se poate de repede — 3—4 ore — pentru a nu face prea tardivă o intervenție eventuală. Dealtfel, toți care s-au ocupat îndeaproape de metodă, spun că ameliorarea, când se produce, survine repede, câteodată chiar în foarte scurt timp după ce aspirația începe să funcționeze.

Pentru a liniși bolnavul, *Taylor* utilizează morfina pe care o adoptă *Iselin*. *Quénu* și *Miallaret* preferă atropina, pentru a evita mascarea simptomelor și a împiedica astfel observația exactă a evoluției.

Primul simptom care dispare este durerea spontană, persistînd după 3—4 ore, atunci cînd aspirația este eficace, doar o durere mult redusă la palpare. Contractura dispare cam în același timp persistînd ceva mai îndelungat în epigastru sau în hipochondrul drept. Dacă diagnosticul și aspirația au fost precoce, în primele 2—3 ore, pulsul și febra se mențin nemodificate sau revin la normal odată cu retrocedarea celorlalte fenomene și cu atît mai mult cu cît septicitatea din peritoneu nu a evoluat către o infecție limitată sau generalizată.

Nu putem trece, fără a semnală faptul că dispariția durerii și a contracturii, repede după funcționarea aspirației, este dovada evidentă că aceste fenomene se datoresc revărsatului peritoneal venit din organele digestive.

Regresiunea semnelor fizice este un factor esențial în aprecierea rezultatelor. Aceste semne nu dispar complet de la început. Această regresiune trebuie privită cu mare prudență dar și cu răbdare. Lipsa de agravare și starea de ușurare a bolnavului, după cum arată *Perrotin*, este deja un semn favorabil.

Oricum, în cazurile favorabile, după aproximativ 24 de ore starea generală este transformată și evoluția către vindecare își urmează cursul, dacă pe undeva nu se strecoară vreo greșală sau vreo eroare de indicație.

Astfel, antibioterapia insuficientă, făcută mai ales în cazuri ceva mai tardive în care infecția peritoneală a început deja să se producă, ar putea masca, liniștind inițial și aparent, fenomenele care ulterior vor izbucni cu mai multă intensitate.

Jean Quénu este singurul care recomandă, deși nici un alt autor din cei controlați nu vorbește, punga cu gheață pe abdomen. Noi o credem necesară și utilă.

A treia zi, bolnavul începe să bea cantități mici de lichide, avînd grijă ca tubul de aspirație să fie obturat pentru ca lichidul să nu reflueze în afară. Cei mai mulți autori au suprimat tubul de aspirație între a 3-a și a 5-a zi. *Taylor* recomandă ca tubul să fie suprimat atunci când se constată că lichidul absorbit pe gură trece în intestin și nu rămîne în stomac. În ceea ce ne privește n-am suprimat aspirația pînă la reluarea tranzitului digestiv și restabilirea evacuărilor de gaze. *Perrotin* recomandă ca sonda să fie păstrată 3, 4 și uneori chiar 5 zile.

Nu este lipsit de interes să semnalăm aspectul lichidului aspirat. La început acest lichid este albicios sau gălbui, striat uneori de sînge. Ulterior, și din oră în oră, lichidul ia o culoare verde oarecum caracteristică, așa cum semnalează *Iselin* și confirmă *Mialaret*. Sînt singurii autori la care am găsit semnalat această caracteristică a lichidului aspirat, iar *Iselin* îi atribuie importanță atît în diagnostic cît și în conduita tratamentului. Prin aceasta trebuie să înțelegem că această culoare verde-migdal ar fi caracteristică perforațiilor ulcerose și încetează de a mai avea aceeași culoare cînd evoluția este favorabilă și tranzitul digestiv se restabilește. Dar ceea ce este important este faptul afirmat de *Mialaret* și anume : această culoare este deosebită de aceea a lichidului biliar și lichidul examinat conținea microbi, mici resturi alimentare, dar nicidecum pigmenți biliari. Este greu deci de tras o concluzie etio-patogenică asupra colorației acestui lichid.

În afară de unele rezultate spectaculare, metoda aceasta prin aspirație surîdea pentru unii bolnavi îngroziiți de actul ope-

rator, dar mai mult ca orice, mortalitatea cu această metodă era categoric scăzută, cel puțin la vremea aceea — 1950, față de tratamentul chirurgical oricare ar fi fost metoda de aplicare a acestuia din urmă. Astfel, statistica prezentată de *Taylor* dădea 4 morți pe 28 de cazuri, 3 nefiind imputabili metodei, iar *Quénin* pe 22 de cazuri are un singur mort, fără a mai cita și alte statistici asemănătoare.

Experiența ultimilor ani a adus precizuni și detalii asupra acestui tratament nechirurgical care la primele încercări părea atât de favorabil.

Pe măsura timpului aceste încercări erau făcute pe cazuri mai variate, cu detalii de tehnică uneori foarte minuțioase. Altele însă detaliile erau poate mai puțin precise, cu indicații și interpretări de rezultate care desigur variază de la chirurg la chirurg. Nu este deloc exclus ca aplicarea metodei să fi fost făcută poate și în cazuri în care indicația era mai relativă.

Iată de ce mulți chirurși, după încercarea și entuziasmul de la început au revenit — cel puțin în parte — la tratamentul chirurgical. În orice caz, metoda nu mai poate fi considerată astăzi ca metodă de ales și de preferat în toate cazurile de perforații ulceroase,

Unul din faptele care au reieșit din această experiență, este acela că ori de câte ori aspirația nu-și face repede și evident proba eficacității, durerea nu se calmează și contractura persistă, ca și atunci când bolnavul nu o suportă, acești bolnavi vor fi operați precoce, după 2 sau 3 ore cel mult de la instalarea aspirației.

Aspirația continuă trebuie supravegheată riguros și în permanență de un personal instruit și competent, atât funcționarea corectă a tubului care eventual ar trebui uneori deobstruat, cât și evoluția semnelor clinice.

Una din considerațiile făcute asupra metodei este că ar putea fi aplicată oriunde; acolo unde nu există posibilități operatorii imediate și nici posibilități de transport în timp util. Astfel ar

fi, colective izolate de oameni, marinarii în larg etc. *Gh. Popovici* insistă cu dreptate de a instala aspirația chiar în timpul transportului de la circumscripția sanitară la spitalul de chirurgie. De asemenea ar fi indicată în lipsa unui material și personal necesar operator, ca și în condițiile defavorabile unei intervenții, metoda fiind considerată, ca aplicare, oarecum simplă și incontestabil mai ușoară.

Dar dacă, teoretic, acest lucru este adevărat, este tot așa de util ca bolnavul să se găsească într-un serviciu chirurgical unde să fie observat și, eventual, operat, dacă va fi nevoie. Supravegherea bolnavului aspirat se va face mai întâi clinic, chirurgul va controla cel puțin de două ori pe zi evoluția semnelor clinice, buna funcționare a aspirației, cantitatea și aspectul lichidului aspirat. Controlul se va face urmărind zilnic evoluția constantelor biologice și, fără a fi sistematic, controlul radiologic va fi făcut ori de câte ori este posibil.

Observația abdominală este, cum arată și *Perrotin*, cea mai importantă, iar febra nu constituie neapărat o indicație operatorie. Dar alterarea stării generale este de cele mai multe ori în legătură cu starea peritoneală.

Toată lumea medicală și chirurgicală este de acord că tratamentul medical prin aspirație al perforațiilor G.D. ulcerose trebuie făcut într-un serviciu de chirurgie și nici într-un caz într-un mediu neprielnic îngrijirilor medicale sau la domiciliu, și cu atât mai mult lipsit de observațiile rigurose necesare ale unui chirurg competent.

De asemenea metoda nu poate fi aplicată la bolnavii nedocili, agitați, neînțelegători care-și smulg aspirația, sînt neliniștiți cu toate sedativele, continuă să bea și chiar să mănînce.

Există desigur și cîteva contraindicații majore. Cea mai importantă este eroarea de diagnostic. Cineva spunea cu drept cuvînt că oricare din semnele importante ale ulcerului perforat ar putea lipsi sau ar putea fi de interpretare relativă. Cu alte cuvinte nici unul din semnele clinice, chiar contractura parietală

(care după părerea lui *Mondor* ca și a noastră, lipsește cu totul excepțional) nu este patognomonică. Nici chiar pneumoperitoneul, care se poate întâlni după perforația oricărei porțiuni a tubului digestiv, chiar și după o apendicită perforată ca în unul din cazurile noastre. Dealtfel, apendicita acută este eroarea cea mai frecventă în diagnosticul ulcerului perforat datorită iradiației în epigastriu a durerii apendiculare, sau a întinderii contracturii parietale după perforațiile de ulcer în partea dreaptă a abdomenului, cauzată prin difuziunea revărsatului peritoneal în spațiul parietocolic drept. Așa se explică că în statistica noastră au fost lalaparotomizați inițial în fosa iliacă dreaptă un număr de 30 bolnavi, fapt care a permis însă totdeauna corectarea diagnosticului, recurgându-se la tratamentul pe care-l indica perforația și cazul.

De asemenea, colicistele acute gangrenoase și cu atât mai mult cele ce se însoțesc de perforația colecistului, pot să îmbrace o simptomatologie asemănătoare ulcerului perforat.

Aceste erori însă se pot corecta fără consecințe grave dacă, așa cum am spus, se recurge la tratamentul chirurgical de îndată ce fenomenele nu cedează repede după aspirație.

Mai rar, astăzi, confuzia cu pancreatita acută ar putea fi încă posibilă. Această confuzie frecventă altădată, este în prezent înlăturată prin dozarea amilazei în sânge și urină care face diagnosticul posibil în cele mai multe cazuri. Totuși, există și alte afecțiuni cu modificări ale amilazei în sânge și urină, așa după cum acestea pot fi uneori neconcludente în cea mai tipică pancreatică acută.

Cît privește simptomele clinice, *Butureanu* și *Chipail*, au publicat în 1935, la Societatea de Chirurgie din Paris, un caz de pancreatică edematoasă, cu o contractură parietală care ar fi putut fi dată ca exemplu de cel mai tipic abdomen de lemn.

Toate observațiile lui *Taylor*, tratate prin aspirație și publicate în „*The Lancet*”, sînt perforații duodenale. Autorul face rezervă asupra eficacității aspirației în perforațiile gastrice, iar *Mialaret*

În „Presse Médicale” din 1950 spune, că perforațiile ulcerului gastric, în special ale micii curburi, nu pot fi acoperite cu ușurința cu care se acopăr perforațiile duodenale cu ficatul sau vezicula biliară. Rezultă de aici că în perforațiile gastrice tratamentul conservator, care în fond urmărește închiderea prin acoperire a perforației, va fi aplicat cu mai multă prudență, sau se va recurge de la început la tratamentul chirurgical.

Erori de diagnostic pot să existe și cu afecțiuni sau accidente mai rar întâlnite dar posibile. Astfel *Mass* de la Toulon raportează la Academia de Chirurgie din Paris în martie 1960, un caz de perforație sigmoidiană după tratament cu cortizon. Diagnostică inițial ca ulcer perforat, din cauza dificultăților de introducerea sondei de aspirație care nu ajunge în antru se intervine imediat. Operația rectifică diagnosticul.

Același autor arată că există uneori, după o aspirație eficace, unele reacțiuni și semne discordante și oarecum înșelătoare. Astfel, după o ameliorare evidentă, chiar spectaculară, contractura sau chiar durerea pot să reapară. Citeodată chiar cu aspect de o nouă criză, dar de cele mai multe ori de o intensitate mai redusă ca cea inițială. În două astfel de cazuri, în care autorul citat a crezut necesar să intervină, a găsit ulcerul acoperit și false membrane în curs de organizare în jurul perforației. A închis fără să recurgă la vreun gest terapeutic, cazurile fiind urmate de vindecare.

Infarctul mezenteric, ocluziile înalte ale intestinului subțire, și chiar rupturile anexiale la femei, pot da naștere uneori la regretabile confuzii de diagnostic.

Aplicarea aspirației este imposibilă când stomacul este plin și greu evacuat de alimente. De asemenea poate fi ineficace și contraindicată dacă bănuim o perforație largă și o invazie masivă a peritoneului. Cele mai bune rezultate se obțin când perforația survine stomacul fiind în stare de vacuitate. Nu trebuie uitat că aspirația gastrică, chiar atunci când funcționează bine, nu va împiedica lichidele duodenale să reflueze printr-o perforație duodenală, mai ales dacă este mare și jos situată.

Nu este nevoie de argumente, toate observațiile autorilor o demonstrează că tratamentul medical prin aspirații este, ca și tratamentul chirurgical, cu atât mai eficace cu cât va fi aplicat mai timpuriu. În această privință diagnosticul precoce al ulcerului perforat își păstrează întreaga importanță. Rezultă însă în același timp că chiar tratamentul prin aspirație, nu numai cel chirurgical, este o urgență.

În cursul dezbaterilor de la Academia de Chirurgie din Paris s-a pus întrebarea asupra eficacității aspirației atunci când este aplicată mai târziu.

În această chestiune se poate afirma cu multă siguranță că aspirația rămâne eficace atât vreme cât perforația nu-i acoperită, dar se știe din experiență că majoritatea perforațiilor atât cele duodenale mari cât și cele gastrice se obstruează după un timp, printr-o modalitate oarecare.

În aceste împrejurări de aplicare întârziată a aspirației și când fenomenele peritoneale nu au tendință să se limiteze, actul chirurgical devine absolut necesar. Aceasta, atât pentru controlul obturării perforației de care niciodată nu putem fi siguri atât timp cât manifestările persistă, cât și pentru a drena cavitatea peritoneală, sau pentru a evacua colecții deja formate. Totuși aspirația, în aceste cazuri întârziate, va rămâne indicată; nu pentru a împiedica peritonita consecința perforației, ci pentru a înlătura consecințele peritonitei: pareza intestinală, distensia și vărsăturile. Aspirația va favoriza astfel vindecarea eventuală prin asocierea drenajului chirurgical, antibioterapiei și reanimării intensive. Chiar când perforația a fost obstruată, aspirația va fi menținută, dezobstruarea putându-se efectua uneori repede..

Cunoscând că aspirația nu acționează asupra revărsatului peritoneal *Sewynghedaw* și *Legrand* (citați de *S. Blondin*), propun puncția peritoneului pentru a evacua eventual colecția, dar mai ales pentru a controla caracterele revărsatului și a efectua o antitibiogramă. Noi nu practicăm puncția peritoneală decât în cazuri cu indicații speciale. În afară de unele accidente, o puncție negativă nu înseamnă deloc absență de lichid peritoneal septic.

Credem, de asemenea, că una din indicațiile majore ale tratamentului prin aspirație sînt cazurile, nu atît cele depășite, cît mai ales acelea în care tare organice grave sau vîrsta înaintată, contraindică și fac periculoasă orice intervenție, oricît ar fi de simplă.

Ținînd seamă de vindecările obținute prin tratamentul medical cu aspirație și care la un moment dat părea să pună în umbră — dacă nu chiar să reducă mult — tratamentul chirurgical al perforațiilor G. D., este necesar să vedem ce se obține prin acest tratament.

Lăsînd deoparte contraindicațiile și dificultățile de aplicare ale tratamentului prin aspirație, nu se cunosc accidente importante datorită acestui tratament și nici complicații ulterioare. *Iselin* citează un caz de embolie pulmonară mortală a patra zi, ca și unele agitații etilice. Dar acestea nu au nici o legătură cu tratamentul și ar fi putut foarte bine să survină și după un tratament chirurgical.

Ținînd seama de rezultate sîntem obligați să admitem că tratamentul medical prin aspirație, ca factor esențial de tratament, dă un număr de vindecări imediate puiînd fi comparate în importanță cu vindecările date de tratamentul chirurgical. Mai mult decît atît, înlătură actul chirurgical imediat atunci cînd aspirația este eficientă, scurtează timpul de spitalizare și uneori, spun cei cu experiență, dă chiar vindecări radicale, deși inițial metoda ignoră aceste vindecări definitive și deci nu poate urmări decît vindecarea imediată.

Să apreciem însă care este calitatea vindecării ? !

Ca și după sutura perforației, aspirația continuă nu evită recidivele și predispune mai frecvent la abcese reziduale și peritonite localizate. Am citat deja cazul lui *Patrick Neagle* din 1938, care a vindecat un bolnav de două ori de perforația ulcerosă cu aspirație continuă.

Cazuri de recidive, deci de perforații iterative, sînt citate destule după acest tratament, fără a fi prea numeroase. Lipsa

controlului operator în aceste cazuri nu ne-ar putea confirma dacă noua perforație este o veritabilă recidivă sau o nouă perforație în vecinătatea celei vechi, sau poate pe un ulcer necunoscut. Ceea ce însă trebuie să admitem e faptul că, ori de câte ori după aspirație se produce o nouă perforație precoce pe aceeași leziune ulceroasă, este sigur o recidivă și nu o dehiscență cum se întâmplă câteodată după sutură.

Chiar atunci când aspirația funcționează corect, aceasta nu acționează niciodată asupra revărsatului peritoneal. Și ori de câte ori acest revărsat septic va evolua cu toată antibioterapia către abces sau peritonită, chiar dacă perforația s-a obstruat, un act chirurgical va fi necesar. Acestea sînt cazurile cu perforații mari, cu stomac plin, sau cu aspirații aplicate târziu. Dar mai totdeauna în astfel de cazuri un act chirurgical major imediat — cu caracter de radicalitate — va fi cu siguranță contraindicat.

Din punctul de vedere al vindecării leziunii ulceroase tratamentul prin aspirație nu aduce nici o garanție. În această privință, ca și pentru sutură dealfel, numărul recidivelor ulceroase crește cu cît trece un timp mai îndelungat de la aplicarea tratamentului și vindecarea perforației. Ba chiar mai mult. Unii bolnavi suferă fără nici o întrerupere după accident, chiar dacă perforația s-a vindecat, fapt ce a obligat pe unii chirurghi să opereze relativ repede după vindecarea perforației prin aspirație.

Din experiența autorilor citați pînă acum, *Mialaret, Quénu*, ca și a unor autori români — *Papahagi, Ionescu, Popovici* și alții, se obțin totuși prin aspirații și un număr de vindecări de lungă durată ce ar putea fi considerate ca vindecări definitive. Acestea corespund, ca și pentru sutură, ulcerelor mici, recente, fără antecedente și suferințe digestive, la care uneori perforația a fost manifestarea ce a făcut cunoscută maladia.

Dealfel, acestea sînt ulcerele care rămîn vindecate și după sutură și nu au nevoie de operații radicale, cum ar fi gastrectomia.

În rest, așa cum am mai spus, ulcerele vechi caloase, cu un trecut bine cunoscut și uneori cu un tratament medical bine con-

dus, recidivează frecvent după aspirație ca și după sutură. Evident, acest lucru lasă deschisă problema, logică dealtfel după părerea noastră, a necesității unui tratament radical de la început.

După cum arată *Iselin* și toți autorii lasă să se înțeleagă același lucru că, în tratamentul nechirurgical al perforației ulcerose, aspirația este elementul esențial, de primă importanță. Este desigur un lucru ce nu poate fi negat; vindecarea nu s-ar putea obține atât vreme cât lichidul digestiv se revarsă în peritoneu. Absența scurgerii lichidului digestiv, prin vacuitatea organelor sau prin dimensiunile mici ale perforației, este un lucru rar și nu-l putem prevedea.

Este uneori posibil să se obțină vindecări numai prin aspirație și fără antibiotice, atunci când metoda este aplicată cu totul la început, când revărsatul peritoneal este aseptice, sau cu o septicitate de care se poate apăra organismul singur. Mecanismul acestor vindecări, în afară de aspirații, este asemănător cu acela al vindecărilor spontane.

S-ar putea oare de aici trage concluzia că antibioterapia nu-i importantă, dacă nu chiar indispensabilă? Mai întâi nu putem ști niciodată, în cadrul fenomenelor de început, care este gradul de septicitate a revărsatelor peritoneale. Unele pot fi septice de la început, iar cele sterile devin septice cu timpul și nu putem aprecia cât de rapidă va fi evoluția către septicitate și peritonită.

În al doilea rând, ar avea oare cineva curajul ca într-o perforație ulcerosă neoperată să nu administreze de la început antibiotice? Ne este greu s-o credem!

S-ar putea observa atent evoluția clinică și să aplicăm antibiotice numai în cazul în care ar apărea semnele de infecție. Dar oare nu este mai simplu să jugulăm precoce această infecție? Și aplicată mai târziu ar mai putea înlătura antibioterapia întordea-una infecția? Mai ales dacă flora microbiană nu este cunoscută?

Oricare ar fi argumentele, antibioterapia a îmbunătățit cu mult evoluția perforațiilor G. D. ulcerose, fie că sînt aspirate, fie că sînt tratate chirurgical de la început. Tratamentul prin aspi-

rație nu permite înșămânțarea și stabilirea unei antibiograme din revărsatul peritoneal. Chiar dacă se cunoaște din experiență că inițial foarte multe din revărsate sînt aseptice, există totuși un număr în care leziunea ulceroasă cu aspect chiar de gastrită flegmonoasă, contaminează de la început aceste revărsate. În aceste cazuri antibiograma ar avea importanță din punct de vedere al teraputicii și cu atît mai mult cînd acest tratament a fost început ceva mai tîrziu. Acest inconvenient, care nu-i chiar minor, este înlăturat în tratamentul chirurgical care permite recoltarea imediată a revărsatului.

Împreună cu aspirația, antibioterapia a mărit timpul de eficacitate a teraputicii medicale care poate fi de multe ori eficace chiar după 12—14 ore de la producerea perforației. Aceasta este însă tot așa de adevărat și pentru teraputica chirurgicală, ori-care ar fi operația indicată.

Cît privește reanimarea, este un adjuvant util de care nu ne putem dispensa. Sînt desigur cazuri cu leziuni incipiente, la bolnavi relativ tineri, cu constanțele biologice normale, la care nu-i nevoie de reanimare propriu-zisă. Însă atît cît va dura aspirația, bolnavul pierde lichide, nu poate și nu-i permisă ingerarea un minimum de 36—48 ore, încît înlocuirea pierderilor este necesară. Cu atît mai mult în formele tratate ceva mai tîrziu, cînd bolnavul a vărsat, cînd începe pareza intestinală iar starea generală, fără a fi rea ca în formele depășite, începe totuși să se modifice datorită iritației peritoneale.

În Clinica a III-a chirurgicală din Iași nu s-a aplicat tratamentul medical prin aspirație decît o singură dată și aceasta din două motive importante. Mai întîi pentru că nici unul din bolnavii cu perforație ulceroasă nu erau în stare de a nu suporta un act operator, act ce nu trebuia să fie întotdeauna o rezecție gastrică. Dar motivul cel mai important este, că în perioada postbelică, lipsa unui personal ajutător și de supraveghere suficient și instruit în această materie ar fi făcut metoda destul de dificilă și poate chiar plină de riscuri.

Observația de care am vorbit a fost totuși un caz ce a evoluat favorabil, de aceea o prezentăm pe scurt.

Bohnac de 37 de ani, intelectual, își cunoaște suferința-i ulceroasă de aproximativ 7 ani. Se internază cu simptomatologie evidentă de ulcer perforat confirmat radiologic prin pneumoperitoneu. Deși la o oră după perforație, toți factorii fiind favorabili intervenției, bohnacul o refuză categoric.

Se instalează aspirația gastrică și repaus digestiv. Sonda funcționează corect, stomacul fiind gol, lichidul aspirat necolorat. Durerea brutală se liniștește după o oră iar contractura persistă fără a se intensifica. Lencograma — 11.000 globule albe pe m.c. Simptomatologia scade treptat, iar după patru zile tranzițiul digestiv este reluat, starea generală s-a menținut meru bună, aspirația încetează de a mai funcționa și a 5-a zi se suprimă și se reia rehidratarea per os. Pneumoperitoneul a persistat chiar și după ce a plecat a 14-a zi din spital, bohnacul avînd un aspect clinic normal. Revăzută după un an nu avea decât dispepsii ușoare, fără simptome ulceroase și fără suferința anterioară perforației.

Dealtfel, așa cum spune și *Iselin*, aplicarea metodei este relativ simplă, dar metoda, cu toată eficacitatea, nu a simplificat în același timp și lucrurile, adică problema tratamentului perforațiilor ulceroase. Indicațiile metodei, preciziunea unui diagnostic neîndoiebnic, inconvenientele și eșecurile metodei, necesitatea unor chirurgi competenți pentru a aprecia evoluția cazului după aspirație fac ca metoda să fie privită în totalitatea necesităților pe care le impune și atunci sigur nu mai rămîne simplă ca instalarea unei aspirații, ci un act terapeutic medico-chirurgical complex.

Tratamentul medical prin aspirație, antibioterapia și reanimarea, așa cum în parte l-am descris în paginile precedente, și-a făcut dovada eficacității în destule cazuri, dar nu în toate. Poate acest tratament înlocui tratamentul chirurgical?

Aceasta nu rezultă nici din ceea ce spun chiar cei mai convinși apărători ai metodei, și nu o credem nici noi deși nu putem spune că avem o experiență a acestui tratament. Dar practica îndelungată a serviciilor prin care am trecut și din experiența chirurgicală în ceea ce privește ulcerele G. D. perforate, ne îngăduim

totuși a crede că terapia chirurgicală își păstrează încă numeroase indicații.

Tratamentul medical prin aspirație trebuie considerat ca o metodă în plus, a cărei eficacitate poate fi extrem de valoroasă și de care trebuie să ne servim și s-o utilizăm ca și metodele chirurgicale, atunci când este indicată.

Dar nimeni nu poate spune că nu-i legitimă dorința oricărui chirurg experimentat să facă mai bine și să obțină o vindecare de calitate mai bună, ori de câte ori se poate și când afecțiunea o necesită.

Ca și oricare afecțiune în care metodele terapeutice își dispută eficacitatea, alegerea și indicația unei metode poate fi oarecum mai dificilă și tocmai în aceasta constă complexitatea tratamentului în general. Așa cum vom încerca s-o arătăm, alegerea metodei, indicația deci, se bazează pe cunoașterea amănunțită a problemei, pe judecata și analiza minuțioasă a fiecărui caz în parte, iar în ulcerele perforate această indicație trebuie să fie promptă și neîntrziată, ca de altfel în toate urgențele chirurgicale.

CAP. VIII

TRATAMENTUL CHIRURGICAL

Justificarea tratamentului chirurgical reiese desigur din insuficiențele, din eșecurile sau contraindicațiile tratamentului abstentionist. Ar urma de aici că indicațiile celor două feluri de tratament, prin aspirație și chirurgical, împart bolnavii în două categorii.

Prima ar fi a bolnavilor la care aspirația este contraindicată sau rapid ineficace și care trebuie să operezi, lăsând deoparte — deocamdată — operația care se va efectua.

În a doua categorie ar intra acei bolnavi în care aspirația este indicată, eficace imediat după instalare și în care vindecarea perforației se obține cu siguranță, dacă nu survine vreun accident sau complicație de alt ordin. Nici unul din acești bolnavi nu au nevoie să recurgem la un tratament chirurgical de urgență.

Ei, bine, toată neînțelegerea vine de aici și discuțiile interminabile și contradictorii care continuă și în prezent este urmarea interpretărilor variate a cazurilor și a statisticilor, ca și a unor indicații uneori neadevurate.

Este neîndoiehnice că în această a doua grupă de bolnavi există un număr de cazuri în care tarele organice, sau alți factori eventuali, ar putea contraindica orice intervenție chirurgicală.

De asemenea, există un număr de cazuri, al ulcerelor mici și recente, care se pot vindeca complet după cicatrizarea perforației. Dar toate acestea la un loc sînt în număr destul de redus. În ceea ce privește așa-zisele ulcere mici, cu perforații acute și fără antecedente și care s-ar vindeca fără tratament chirurgical, aprecierea corectă a mărimii și vechimii ulcerului, sînt rareori

făcute corect numai după manifestările clinice și fără cel puțin un examen radiologic, pe care bolnavii fără suferință evidentă nu-l fac. Toți chirurșii cu oarecare experiență știu că bolnavii laparotomizați pentru cu totul alte afecțiuni, prezintă uneori ulcere destul de mari, fără să fi avut în trecut o suferință netă, sau cu o simplă dispepsie considerată fără importanță și pusă în legătură cu alte cauze. Uneori aceste ulcere chiar au sîngerat, iar radiologia și explorările nu le-au pus în evidență.

În această privință, perforațiile ulcerelor mici și chiar leziunea ulcerosă, se pot vindeca tot așa de bine și prin aspirație și prin tratamentul chirurgical, în speță sutura. Operația ar aduce, în comparație cu aspirația, precizuni asupra leziunii și va controla eventualitatea altor leziuni ulcerose coexistente.

Ca și ulcerelor mici în care sperăm vindecarea radicală după cicatrizarea perforației, toate celelalte perforații ale ulcerelor mari, caloase, vechi, diagnosticate precoce și tratate imediat, se vindecă și acestea, mai rar prin tratamentul cu aspirație, cît mai ales prin cel chirurgical. Cu deosebire că la aceste cazuri tratate precoce, fără tare organice și la vîrste nu prea înaintate, tratamentul chirurgical poate aduce o vindecare definitivă printr-o operație care nu mai este o simplă sutură, ci o operație corepunzătoare tratamentului radical care, după părerea multor chirurși și a noastră, rămîne însă de cele mai multe ori, gastrectomia.

Este incontestabil că dacă scopul tratamentului chirurgical este numai sutura perforației, așa cum unii chirurși o practică sistematic și din principii chiar atunci cînd o operație radicală s-ar putea efectua, ni s-ar părea nepotrivit să nu se încerce mai întîi tratamentul nechirurgical. Dacă aspirația este eficace și scopul operației este numai sutura, tratamentul chirurgical imediat nu-și are nici un rost.

Fapt cert este că tratamentul radical în perforațiile G. D. are incontestabile avantaje, în primul rînd însănătoșirea completă într-un singur timp operator. În această privință *Roubier* se expri-

mă limpede : „Tratamentul radical este justificat chiar dacă ar fi numai supremația psihică a operațiilor într-un timp față de cele în doi timpi”.

Iar *Quénu* arată că dacă este ușor să orientăm un bolnav către un tratament care-l scutește de operație, este foarte greu să-l convingem de necesitatea unei operații complementare atîta timp cît se crede vindecăt fie printr-un tratament medical, fie printr-o operație simplă care i-a salvat viața, i-a înlăturat suferința dar nu i-a vindecat boala. Și aceasta se întâmplă uneori chiar cînd bolnavii încep să sufere după tratamentele de salvare.

În ceea ce privește argumentul că după o operație paliativă vom putea avea un bolnav mai bine pregătît pentru o operație radicală de mai mare anvergură și care se va efectua astfel în condiții mai bune, este adevărat. Dar e tot așa de adevărat că oricît ar fi de bine pregătît un bolnav, o operație este încă — trebuie s-o recunoaștem — un risc, pentru ori și ce bolnav, oricît ar fi starea acestuia de bună și operația puțin periculoasă. Și nu este permis, ori de cîte ori avem posibilitatea s-o facem, să expunem bolnavii la riscuri care se repetă, cînd ar putea fi evitate printr-o operație într-un singur timp.

Dar tratamentul radical de la început mai prezintă încă destule avantaje pe care le vom vedea la capitolul respectiv. Tot atunci vom arăta ceea ce se cere, atît din partea bolnavului, din partea chirurgului, cît și condițiile stadiului evolutiv al bolii pentru ca acest tratament radical să poată fi aplicat cu succes.

Avînd în vedere că uneori suferințele și recidiva ulcerosă începe foarte repede după vindecarea perforației prin aspirație sau prin sutură, s-a preconizat de unii chirurși ca reintervenția în scop radical să se facă precoce. *Mialaret*, *Quénu* și mai ales *S. Blondin* sînt de această părere. În sprijinul acestei păreri vin unele cazuri de reintervenții tardive în care scleroza organizată la nivelul perforației vindecate, retracțiile duodenale, aderențele strînse cu organele vecine — ficat, căi biliare și uneori chiar cu

peretele abdominal — au făcut operația de extirpare a ulcerului insurmontabilă.

Quénu, pentru o perforație duodenală recidivată la 1, 1/2 ani, după prima, și tratată cu succes prin aspirație, recurge a 25-azi de la a doua perforație încercând tratamentul radical. Gastrectomia este imposibilă și din cauza blocului duodeno-pancreatico-biliar autorul o recurs la dublă vagotomie și G.E., urmată de vindecare. *Mialaret*, citează la Academia de chirurgie din Paris în 1950, un caz asemănător, la care numai simpla G.E. posibilă, lasă mereu teama ulcerului peptic.

Mai mult decât atât, considerînd că cele mai multe cazuri după aspirație vor necesita o operație radicală, unii autori — *Mialaret*, *S. Blondin*, au sugerat și au practicat aspirația ca un tratament pregătitor, urmînd ca operația radicală să se facă ceva mai tîrziu. Cu alte cuvinte, perforația ulceroasă care răspunde la tratamentul prin aspirație n-ar mai avea o indicație chirurgicală de mare urgență. Ar fi ceea ce se cheamă o urgență întîrziată, în care intervenția cu scop radical s-ar putea face fie mai precoce — după cîteva zile — sau chiar ceva mai tîrziu. În orice caz înainte ca dificultățile operatorii, ca în cazurile citate, să poată fi înlătuite.

În cazurile îndoielnice, în acest interval de așteptare, s-ar putea eventual preciza diagnosticul și pregăti bolnavul pentru a suporta o intervenție radicală, ori de cîte ori aceasta este indicată și posibilă.

În literatura medicală se vorbește adesea despre inutilitatea intervenției în cazurile depășite. În această privință credem a fi necesar să precizăm ce trebuie să înțelegem prin cazuri depășite în perforațiile G.D. ulceroase.

Este neîndoielnic că unul din factorii de agravare a bolnavilor cu perforații G.D. este intervalul scurs de la producerea accidentului inițial și pînă la diagnostic și aplicarea tratamentului.

În mod obișnuit, cu cît acest interval este mai îndelungat, cu atît peritonita este mai gravă, starea generală mai alterată și complicațiile mai frecvente. De asemenea mortalitatea crește cu cît ne îndepărtăm de momentul perforației, ajungînd ca, chiar după 24 de ore, dar mai ales după 36—48 ore, să fie enormă; iar pentru unele cazuri orice terapeutică să fie ineficace. Cu atît mai mult cea chirurgicală, actul operator putînd fi chiar agravant.

În această privință lucrurile pot avea o mare relativitate deoarece s-au văzut cazuri operate relativ precoce (16—18 ore), cu stare relativ gravă și care n-au putut suporta actul operator. Altele, operate mai tîrziu, și care totuși s-au vindecat. Relativ la formele depășite vor fi luai în considerație toți factorii de gravitate (diagnosticul precoce, vîrsta, tarele organice) dar mai ales starea locală și și abdominală cu aspect de peritonită evolutivă, cît și răsunetul general: puls, T. A., vărsături, stare de șoc toxicoseptic cu tendință de colaps.

În ceea ce ne privește am considera forme depășite numai bolnavii cu stare de colaps ireversibil și muribunzii, deoarece în formele la care starea generală nu era profund alterată, chiar înaintea posibilităților terapeutice actuale, unele succese erau posibile, după obturarea perforației, drenaj și aspirație digestivă, pe care unii o practicau cu mult înaintea codificării lui *Taylor*.

Cu atît mai mult în prezent cînd mijloacele de reanimare și de combaterea infecției sînt atît de perfecționate și eficace.

După ce indicația de intervenție a fost hotărîtă, bazaia pe toți factorii cunoscuți, și pe explorările ce s-au putut efectua, credem că în ceea ce privește operația ce se va efectua indicația va fi pusă orientîndu-ne după doi factori: Unul este starea generală a bolnavului și care ne permite o anumită intervenție, iar al doilea — tot așa de important — este aspectul leziunilor abdominale privind perforația, revărsatul ca aspect și întindere, peri-

toneul, starea celorlalte organe, sediul perforației ca și aprecierea dificultăților operatorii. Aspectele intrabdominale pot fi uneori în contradicție cu celelalte criterii care au indicat intervenția.

Astfel, în cazul unui revărsat puțin întins cu aspect de septicitate redusă, cu o perforație situată pe o porțiune mobilă a organului respectiv, se va putea recurge la o operație cu caracter radical chiar dacă timpul de la perforație este mai îndelungat și dacă starea generală este bună, sau poate fi redresată în scurt timp. Și dimpotrivă, cu un aspect de peritonită întinsă și purulentă, nu se va recurge niciodată la operație de anvergură chiar dacă timpul de la perforație este scurt. Aprecierea aceasta nu este totdeauna simplă, mai ales la bolnavii grași, obezi, cu aderențe preexistente. Chiar leziunile din vecinătatea perforației au uneori un aspect cu caractere imprecise privind natura maladiei. *Meillère*, în *Memoirile Academiei Chirurgicale din Paris* — 1958, citează un caz cu o formă pseudoneoplazică a unui ulcer perforat și rapid obținut.

Să ne fie îngăduit a crede că tratamentul ulcerelor G.D. perforate este o chestiune nu de principiu nici de preferință, ci este o problemă de indicație. Aceasta trebuie să se sprijine pe toți factorii discutați care trebuiesc cunoscuți, analizați, cântăriți, în scurtul timp de precizare al diagnosticului, sau de pregătire în eventualul tratament operator. Aceasta poate fi uneori o problemă grea în care pregătirea profesională și experiența chirurgului se adaugă la toți ceilalți factori de succes, factori dintre care indicația terapeutică o considerăm esențială și care nu este totdeauna ușoară pentru un începător. Toți chirurgii cu experiență insistă, privind alegerea metodei chirurgicale de aplicat, asupra conștiinței chirurgului, asupra a ceea ce poate realiza tehnic în legătură cu leziunile constatate.

După ce indicația de intervenție a fost pusă, să vedem mai amănunțit și să apreciem și ceea ce se obține prin fiecare metodă chirurgicală.

Tabelul 3

	Reacție		Infundare sim-plă	Infundare G.E.A	Infundare vagot. G.E.A.	Excizii Vagot. cu pi-rolo-plastii	Dre-naj sim-plu	Total	
	GEA.	GDA.							
U.D.P.	Nr. caz. operate	287	4	76	4	13	3	4	391
	decese	4	1	14	1	0	0	0	20
	N. caz. operate	30	2	28	—	—	—	1	61
U.G.P.	decese	2	1	4	—	—	—	0	7
	Nr. caz. operate	323		108		16		5	452
	TOTAL	decese	8		19		0		0

În decursul vremurilor, în special cu 50—60 de ani în urmă, statisticile operatorii pentru ulcerele G. D. perforate erau reduse, datorită faptului cert că diagnosticul era greu de făcut, mai ales diagnosticul precoce și bolnavii erau operați în stare gravă sau mureau înainte de a fi operați.

În Europa, școala franceză și în special *Mondor* a contribuit în mare parte la precizarea simptomelor și a diagnosticului. Iar școala sovietică, în frunte cu *Judin*, a contribuit la precizarea indicațiilor chirurgicale cu mult înainte ca englezii cu *H. Taylor*, să fi codificat tratamentul medical prin aspirație.

Cercetând literatura din 1930 încoace, se întâlnesc tot felul de intervenții făcute pentru perforațiile G. D. Unele erau făcute corespunzător unui principiu de chirurgie cum ar fi sutura perforației. Altele, se practica simpla laparotomie cu drenaj fără

sutură, ca operație de necesitate. Altele, nu lipsite de oarecare logică medicală, cum ar fi fixarea perforației la perete cu drenajul stomacului. Sau când sutura era incompletă se recurgea la o modalitate de aspirație gastrică și alimentare duodenală prin tuburi de cauciuc. Trecând prin aplicarea G. E. pentru derivația alimentelor, s-a ajuns astfel în cazurile favorabile până la rezecția gastrică ca tratament radical.

Nu vom discuta decât metodele mai frecvent utilizate care au rămas valabile și în prezent și vom arăta doar și indicațiile celor mai neobișnuite.

Înainte însă de a le analiza pe fiecare în parte, vom aminti câteva lucruri ce rămân — credem noi — valabile pentru orice intervenție chirurgicală.

Toți factorii discutați în expunerea de până aici, adică : timpul scurs de la perforație, sediul și mărimea perforației, gradul de vacuitate al stomacului, vârsta și tarele organice, toți aceștia pot fi factori agravanți pentru orice fel de tratament chiar și pentru cel medical prin aspirație.

Cînd facem indicațiile de tratament chirurgical nu trebuie să uităm că operația fiind o agresiune asupra organismului, la care se adaugă anestezia, poate să aducă — dacă nu întordeauna, cel puțin cîte o dată — o agravare a stării bolnavului, să-i ceară desigur un efort suplimentar, sport, ce se suprapune efectelor produse de boală și de suferință. Cu atît mai mult la vîrstnici sau la tărâți la care actul chirurgical adăugat la consecințele bolii, nu trebuie să depășească puterea de răspuns a organismului. Iar la cei pe care îi considerăm drept deasupra resurselor terapeutice, înseamnă că vom considera nu că tratamentul n-ar fi indicat, dar că actul chirurgical — chiar cel mai simplu — n-ar mai putea fi suportat și ar grăbi sfîrșitul.

Iar dacă am dat oarecare importanță mai mare timpului scurs de la perforație, nu înseamnă că alți factori neglijați, cum ar fi vîrsta înaintată și tarele organice, n-ar putea omorî bolnavul. Ci mai ales pentru faptul că cele mai multe perforații se produc cel mai frecvent între 18 și 40 de ani. Deci la o vîrstă relativ tînără

și când există puțin șanse ca organismele să fie deja tarate. În aceste împrejurări, vechimea perforației dă răgaz revărsatului să se transforme în peritonită, să altereze starea generală, și să facă tratamentul chirurgical radical greu de suportat, periculos, obligându-ne astfel la operații paliative, mai simple, mai puțin periculoase, care au de scop în primul rând salvarea vieții.

Așa fiind, aceasta înseamnă că succesul terapeutic și calitatea acestuia depinde de indicațiile făcute de noi pe baza factorilor cunoscuți și discutați mai sus. Ba chiar mai mult; În afara cazurilor depășite și deasupra oricăror resurse terapeutice, dacă indicațiile de tratament au fost corecte și bine puse, iar metoda bine executată, ar însemna că toți bolnavii tratați pentru perforații G. D. ulcerose, să se vindece. Iar dacă cumva nu se vindecă și după cum se știe există încă un procent de mortalitate oricare ar fi tratamentul, nu credem că este vorba de metodă, ci este o greșală de indicație sau de execuție.

Cercetarea, în cazurile de eșec, a factorului sau a factorilor care desconsiderați sau rău interpretați au dus la insuccese, ar constitui o mai bună aplicare a metodelor terapeutice și cu atât mai mult a celor chirurgicale.

În această privință, referindu-ne la analiza valorii diferitelor metode chirurgicale aplicate în terapia perforațiilor G. D. ulcerose, toată lumea se servește mai cu seamă de rezultatele statistice.

La literatura chirurgicală din 1930 încoace, problema ulcerelor G. D. perforate a constituit una din problemele importante atât ca diagnostic, cât și ca tratament. Publicații numeroase americane, sovietice, englezești, germane, franceze și latino-ameritane se întrec în a discuta problema și a da rezultate procentuale, obținute prin diferite metode chirurgicale sau abstenționiste și stabilind astfel indicații.

E drept, unele din aceste statistici foarte inegale și pe cazuri relativ puține, valoarea lor fiind cu totul relativă arunci când nu se întemeiază pe cazuri numeroase.

În mod obișnuit, în chirurgie statisticile constituie o încon-
testabilă orientare și nu trebuie acordată acestora o valoare prea
mare decât atunci când se sprijină pe cazuri ce s-ar putea supra-
pune clinic, anatomic și fizio-patologic, la care s-a aplicat o te-
rapetică bazată pe aceleași principii și executată, dacă nu de
același chirurg, cel puțin de către chirurgi de aceeași valoare. Și
de câte ori acești factori sînt identici sau măcar se suprapun ?

Așa de exemplu, ce valoare poate avea o statistică care dă
un procentaj de 30% mortalitate pentru sutura utilizată ca me-
todă obișnuită în perforațiile G. D. și 8% sau 10% mortalitate
pentru gastrectomie, când știut este că sutura a fost aplicată și
pentru cazurile bune și pentru cele uneori deperate, iar
gastrectomia nu s-a aplicat decât în cazuri propice, într-o chi-
rurgie eclectică ?

Îngăduit să ne fie a crede să succesele chirurgicale nu se
obțin cu statistici și nici cu spirit de sistemă. Ci se obțin cu in-
dicații bine puse și executate corect. Ni se pare cu totul ne-
potrivit ca prin sutură în perforațiile ulceroase să avem 30%
mori și cu gastrectomie numai 10%, dacă aceste operații ar fi
făcute de principiu.

Normal ar fi să ne întrebăm cîți din cei care au murit ar
fi scăpat dacă am fi aplicat altă metodă terapeutică, și să vedem
care ar fi fost această metodă, sau care au fost factorii care
au dus la eșec ?

După cum tot așa de obligator este să ne întrebăm, în le-
gătură cu cei care au scăpat și au încă unele tulburări sau re-
zultate terapeutice imperfecte sau chiar incomplete : cîți dintre
aceștia n-ar fi putut avea un rezultat mai bun și ce-ar fi tre-
buit să facem ca să-l obținem ?

Înainte de a trece la analiza diferitelor metode operatorii
ținem să amintim că rezultatele teraputicii chirurgicale, dealt-
fel ca și ale aspirației, sînt cu atît mai bune, mortalitatea cu
atît mai redusă și posibilitățile de aplicare a operațiilor radicale
cu atît mai ridicate cu cît sînt aplicate mai precoce. Trebuie să

înțelegem prin aceasta desigur, atât precocitatea diagnosticului cât și graba cu care se aplică tratamentul indicat, imediat după ce s-a obținut preciziunea diagnosticului.

Alături de indicația terapeutică și poate chiar mai mult decât aceasta, *diagnosticul precoce este factorul cheie în terapia ulcerelor G. D. perforate*. Dar aceasta este desigur o chestiune medico-chirurgicală.

Metodele chirurgicale

Sutura. — Este modalitatea chirurgicală de a obtura perforația printr-o cusătură ce se aplică în diferite maniere.

Unii fac o veritabilă cusătură transfixiantă, care e de dorit să treacă firul prin țesuturi cât mai sănătoase. Este de la sine înțeles că, pentru duoden, cu cât firul de cusătură va trece mai departe de marginile perforației, cu atât calibrul organului se va micșora, cel puțin aparent și că unele greutăți de evacuare ar putea să se producă, fie imediat, dar mai ales în urmările postoperatorii. De aceea s-a și pus problema unei derivații complementare ca urmare a suturei perforațiilor duodenale, din care G. E. este derivația obișnuită și pe care unii o practică sistematic ori de câte ori recurg la sutură (*Dworsak, J. Creissel și J. Mourgues* de la Lyon, *A. Sostegni* de la Milano, *H. J. Schilling* de la Oslo, *D. Vernejoul* de la Marseille, *Epstein* de la Voronej, *Gerzberg* de la Cazan).

În alte împrejurări autorii au recurs la o înfundare a perforației după diferite procedee, iar alteori sutura s-a executat după excizia ulcerului.

Experiența Clinicii a III-a chirurgicale din Iași se bazează pe 36 suturi simple și 4 suturi cu G. E. pentru ulcer duodenal, și de asemenea 12 suturi simple pentru ulcer gastric. Se adaugă la acestea 56 suturi de perforații efectuate în secția de chirurgie a Spitalului Săveni, dintre care 40 pentru ulcere duodenale (suturi simple fără G.E.A.) și 16 suturi de perforații gastrice. În

acest fel statistica noastră cuprinde 108 perforații gastroduodenale tratate prin sutură simplă.

Sutura simplă a fost realizată pentru prima dată de *Mikulicz* în 1884 și trebuie considerată din diferite puncte de vedere. Este denumită simplă deoarece este aplicată de multe ori singură, fără a recurge în același timp la alte operații și pentru că uneori, când localizarea și țesuturile permit, este într-adevăr o operație relativ ușoară și simplă. În realitate însă nu-i totdeauna așa.

Situate pe duoden posterior, alteori pe țesuturi caldase și infiltrate, pentru ulcerele terebrante ca și pentru cele din vecinătatea cardiacă, perforațiile sînt adesea greu de suturat. În astfel de împrejurări sutura devine anevoioasă, cu atît mai mult cînd perforația este mare, uneori chiar imposibil de obturat. *Lecène*, marile chirurg francez, susținea că nu există perforație ulceroasă care să nu se poată sutura.

Înfundarea sau epiplooplastia reușesc totdeauna să oblitereze perforația, spune *Mondor*.

Și cu toate acestea, chirurgi destul de abili și cu experiență au înîlnit cazuri în care sutura a fost imposibilă, sau perforația a rămas incomplet suturată (*M. Moreno, Graham Brice, Singer* ș.a.). În aceste împrejurări s-a recurs, mai ales în cazurile în care operația radicală nu era indicată, la alte procedee mai primitive poate, dar care totuși au asigurat din cînd în cînd vindecarea perforației.

Acest lucru este necesar mai ales pentru perforațiile duodenale, cele gastrice fiind cu totul excepțional nesuturabile, datorită posibilităților de plicatură a acestui organ, așa cum recomandă *Lecène*.

În aceeași privință *Guenlette* spune, că în cazurile dificile sutura s-ar putea limita la 2—3 fire de apropiere. Acest autor contraindică epiplooplastia ca fiind generatoare de bride și spune că în lipsa suturii, o meșă bine pusă în vecinătatea perforației,

poate uneori limita regiunea prin aderente și poate favoriza închiderea perforației în timp relativ scurt.

Asociația cu aspirația gastrică sau chiar duodenală la acest meșaj, ar putea — credem noi — să fie uneori eficace, mai ales în perforațiile mici situate pe porțiuni de organ greu de abordat. Sutura cu tamponaj este de asemenea recomandată de *B. G. Hertzberg* de la Kazan și *K. V. Zaccarova* în „*Vestnik Chirurgii*”, 1934.

Oricum, se recomandă ca ori de câte ori se practică sutura transfixiană, aceasta să nu se facă cu fire nerezorabile care ar favoriza evoluția ulcerului și ar putea da naștere la hemoragii secundare.

Dealtfel, dacă sutura simplă este un principiu admis în școala franceză, chirurgii germani o practică mai rar. În aiafă de epiploplastie la care recurg adesea foarte mulți chirurși, chiar atunci când sutura este satisfăcătoare, *Von Eiselsberg* de la Viena asociază sutura cu jejunostomie, iar *Soderlund*, cu gastrostomie, ca și *Elving* de la Helsingfors — aceasta în 1930.

Când perforația este într-adevăr nesuturabilă, *Neumann* introduce un tub în duoden prin perforația respectivă pe care îl fixează împreună cu epiploonul în jurul orificiului de perforație. Acest tub servește la evacuarea conținutului duodenal și prin care s-ar putea face astăzi și aspirație. După scoaterea tubului rămâne o fistulă care se închide spontan. *R. Leclercq*, care pune și el o sondă în stomac sau duoden, prin perforațiile insuturabile, califică însă metoda ca imprecisă și incomfortabilă.

A. F. San Martin de la Buenos Aires, recomandă în 1929, după sutură, jejunostomia prin care hidratează și alimentează bolnavii, lăsând în repaus tractul G. D. Recomandă de asemenea, când firele de sutură taie, să se facă excizia ulcerului pentru ca sutura să se practice în țesuturi sănătoase.

Graham Brice, în 1930, recomandă în „*The British Medical Journal*”, fixarea la piele a perforației gastrice când nu poate fi suturată și introducerea unui tub în stomac. *H. Williams* și *Ch. Walsh*, în „*The Lancet*” din ianuarie 1930, pentru perforațiile insu-

turabile, recurg la următoarea metodă. Acești autori introduc prin perforație un tub gros care rămîne în stomac. Prin unul din orificiile laterale ale tubului gros se introduce un tub subțire care ajunge în duoden. Tuburile rămîn fixate la organ și la piele. Tubul gros servește pentru aspirație iar cel subțire din duoden, pentru alimentare.

Remarcăm că ideea de aspirație, logică de altfel, își face drum de foarte multă vreme ca să ajungă astăzi să fie aplicată atît ca tratament neoperator, cît și ca tratament asociat, mai ales în cazurile tratate numai prin sutură.

R. Devin, *Carcassonne M.* și *J. Inglesakis*, în „Nouveau traité de technique chirurgicale“, publicat la Masson în 1975, propun pentru perforațiile duodenale largi (pierderi de substanță) și imposibil de suturat, situate la distanță de pilor și care ar duce la stenoză, duodeno-jejunostomia pe ansă în Y.

Această indicație ni se pare logică, dar credem că executarea tehnică trebuie apreciată și aplicată de la început, înainte de a încerca o sutură nereușită.

Dar dificultățile de execuție nu sînt singura critică ce se aduce suturii în tratamentul perforațiilor ulceroase. O serie întreagă de complicații, posibile după sutură, sînt citate drept cauze de moarte după această operație, iar detractorii metodei, sau mai corect cei care pledează pentru rezecție, încearcă să facă din aceste complicații un factor care să determine să se recurgă cît mai rar la sutură. Astfel *Mialaret* în cartea sa din 1949, trece între complicațiile suturii șocul operator, complicațiile pulmonare, peritonite generalizate post-operatorii, ocluziile intestinale ca și fistulele gastrice sau duodenale.

Sutura simplă ca mijloc de tratament al perforațiilor G. D. are desigur alte inconveniente, suficiente pentru a fi criticate și pentru a încerca să facem mai bine oridecîteori se poate. Dar — cu toată marea autoritate a lui *Mialaret* în materie — să ne fie îngăduit a crede că aceste complicații citate mai sus nu se datoresc suturii sau, în orice caz, cu totul excepțional sutura are un

rol determinant în apariția acestora. Complicațiile citate se datoresc și altor factori. Unele se pot produce, oricare ar fi operația ce se execută pentru tratamentul ulcerului perforat. Așa ar fi de exemplu complicațiile pulmonare sau peritoneale, care în prezent pot fi prevenite și chiar cu eficacitate de asociația antibioterapiei. Fistulele gastrice sau duodenale se produc fie când sutura nu s-a putut efectua, fie când s-a produs o desfacere a acesteia — o dehiscență. În acest din urmă caz nu este vorba de o deficiență a metodei, ci de o greșeală de indicație sau de tehnică. Fistulizarea, dirijată, așa cum am văzut că o fac unii, aspirația post-operatorie, rehidratarea și reechilibrarea mai îndelungată a bolnavilor și uneori gastro sau jejunostomia pot evita dehiscența, sau pot favoriza închiderea fistulelor, dacă bineînțeles gastrectomia a fost contraindicată.

Cît privește ocluzia intestinală postoperatorie, sutura nu joacă și n-are cum juca un rol determinant. După experiența noastră, ocluzia la nivelul tubului de dren rămîne posibilă. Este însă așa de rară încît este ultimul factor pe care îl putem acuza de ocluzie. În schimb periviscerita, hematomele provocate de disecția necesară unei G. E. asociate, fenomenele inflamatorii peritoneale, ca și abcese reziduale care n-au fost evacuate, pot fi izolat sau împreună, cauze de ocluzie. De aceea, curățirea peritoneului, spălarea peritoneală și aspirația minuțioasă a cavității nu trebuie neglijate, chiar dacă sutura este perfectă. Dacă în aceste cazuri s-ar recurge la o rezecție sau la orice altă metodă de tratament radical, complicațiile de mai sus n-ar fi evitate prin natura operației.

Iar ileusul paralytic, nu vedem cum ar fi evitat de o operație mai complexă decît sutura, infecția peritoneală, dehidratarea și dezechilibrarea electrolitică, fiind factorii esențiali ai acestei manifestări.

În ceea ce privește șocul, acesta poate să apară după orice operație, chiar după o simplă laparotomie. Dar nu credem că cea mai simplă dintre operațiile paliative — sutura — ar putea fi



mai mult și mai frecvent generatoare de șoc, decât operațiile radi-cale.

Dacă șocul nu este pregătit de starea peritoneală sau de alți factori, nu credem că sutura simplă ar putea fi cauza determinantă a șocului.

În realitate veritabilele inconveniente și deci critici ce se pot aduce suturii sînt : stenozele, perforațiile recidivate sau iterative și lipsa de vindecare a maladiei ulcerose cu toate consecințele sale

Stenozele. — Pot fi datorate suturii, mai ales cînd perforațiile sînt mari, care au necesitat mai multe planuri sau plicaturi de organ, cum se întîmplă în ulcerele caloase perforate, și desigur nu se referă decît la perforațiile duodenale sau antrale, în vecinătatea imediată a pilorului. Acestea sînt stenozele pilorice postoperatorii.

Dar pot să existe și stenoze postoperatorii duodenale pentru perforații joase, în care e mai greu de spus întrucît stenoza este datorită suturii, sau modificărilor produse de un ulcer terebrant în pancreas, sau cu evoluție către căile biliare.

În această problemă a stenozei postoperatorii după sutură, lucrurile nu sînt privite univoc. Sînt autori care n-au observat nici o dată stenoze după sutură, chiar atunci cînd practic au avut impresia că sutura a produs o micșorare evidentă a calibrului duodenal.

Literatura germană susține chiar că lumenul duodenal poate fi redus pînă la o treime din calibrul său normal, fără a se produce dificultăți de tranzit. Este citat chiar cazul unui chirurg care, după o sutură ce părea să producă o impresiionantă îngustare a duodenului, este nevoit să închidă abdomenul din cauza unei stări grave a bolnavului, renunțînd să mai facă G. E. proiectată. Ulterior, — după vindecare — a constatat că bolnavul nu are nici o tulburare de evacuare și nici nu a constatat vreo îngustare duodenală după explorarea radiologică.

Totuși stenozele există, iar *Donnati* citează un caz de stenoză survenit după sutură precedată de excizia ulcerului. Deci sutura a fost efectuată în țesuturi sănătoase, dar excizia a creat o pierdere de substanță excesivă. Oricum, posibilitatea unei stenoze postoperatorii implică necesitatea unei derivații, care în enorma majoritate a cazurilor a fost și este încă G. E., pe care mulți autori o practică sistematic pentru ulcerele duodenale perforate și suturate, după cum s-a mai spus. Așa după cum alți chirurghi: *H. V. Hæberer* de la München, *Lang* de la Berlin, sau *Steiger* de la Viena practică numai sutura fără G. E., nu numai pentru ulcerele gastrice pentru care *Dworsack* susține că nu-i nevoie niciodată de derivație, ci, nici pentru perforațiile duodenale.

O serie întreagă de autori o practică însă numai când o cred necesară. În această categorie cităm pe *Wilmoth* de la Paris, *Ridder* de la Hamburg, *L. Pizzagalli* și *A. Sostegni* de la Milano, în timp ce *A. J. Schilling* de la Oslo publică în „Acta Chirurgica Scandinavica” din aprilie 1935, o statistică de 265 cazuri în care a practicat sutura cu G. E. în 79% din totalitatea perforațiilor, iar *B. G. Hertzberg* de la Kazan, pe 410 perforații a practicat sutura cu G. E. de 206 ori. *G. Carayannopoulos* de la Atena „Mem. Acad. Chir. Paris” 1936), recomandă, în cazurile de strîmtorare a canalului piloro-duodenal, o G. E. largă, făcută anterior și la stînga, cu anastomoză a la *Braun*, iar ulterior să se recurgă la rezecție.

J. Gosset, *M. Jouanneau* și *J. Allemand* în „Presse Médicale” din 1938, afirmă că G. E. nu-i necesară decât în stenozele pilorice provocate de sutură, spunînd în același timp că o bună sutură nu duce la stenoză decât cu totul excepțional.

Pentru a favoriza sutura și mai ales pentru a împiedica conținutul digestiv s-o forțeze ulterior, se recomandă evacuarea preoperatorie a conținutului gastric printr-un tub *Faucher* (bineînțelese evacuare nu spălătură). La această părere se raliază numeroși chirurghi ca *Epstein*, *Hertzberg*, *Schwartz*, *Boneo* și *Ramirez* în Argentina ș.a. Noi practicăm evacuarea preoperatorie a stoma-

cului numai atunci când stomacul este plin de resturi alimentare. Plenitudinea gastrică creează adesea mari dificultăți în executarea oricărei operații G. D. și nu numai pentru sutură. Nu rareori am practicat această evacuare după deschiderea abdomenului și după ce se observa starea de plenitudine a stomacului.

În prezent aspirația postoperatorie este un corolar absolut indispensabil după orice sutură, chiar pentru o sutură executată în bune condiții și chiar când e asociată cu G. E.

Așa cum am mai arătat, asociația suturii cu G. E. este un lucru, uneori — destul de rar — necesar, dar ceea ce trebuie cunoscut nu este numai eficacitatea eventuală a unei G. E. în caz de stenoză, ci și unele reale inconveniente și chiar pericole pe care le prezintă această operație.

În primul rând o G. E., dealtfel ca orice anastomoză digestivă, nu începe să funcționeze sau, cel puțin, nu începe să funcționeze bine și să evacueze complet stomacul decât după cel puțin 3—4 zile de la executare, adică exact după timpul cât o sutură are nevoie să fie asigurată pentru a nu se desface, fie prin cicatrizare, fie prin aderențele ce se stabilesc în acest interval cu organele vecine. Deci, dacă nu există de la început sau nu se va stabili ulterior o stenoză postoperatorie pilorică sau duodenală, G. E. nu protejează prea mult sutura. Eficacitatea acestei derivații ar începe abia după funcționare.

În această privință, așa cum spun numeroși autori, din care unii citați, G. E. nu ar fi deloc necesară. Dimpotrivă, lungeste operația, manevrele operatorii pot difuza infecția și dacă e vorba de salvarea vieții, operația : sutură + G. E., nu mai este o operație simplă.

Dar marele inconvenient al G. E. este ulcerul peptic postoperator, a cărui realitate nu poate fi negată de nici un chirurg care practică această operație și are oarecare experiență.

Schwartz, în 1929, pe 116 infundări cu G. E. are 8,8% ulcere peptice.

Pe lângă ineficacitatea pe care o are G.E. în primele zile postoperator, în cele mai multe din cazuri pericolul ulcerului peptic face ca această operație să fie privită cu neîncredere și cu rezervă.

În Clinica a III-a chirurgicală din Iași, G.E. s-a practicat numai când s-a crezut necesar (4 din 80 suturi pentru ulcer duodenal) și s-a practicat întotdeauna, așa cum susțin autorii francezi — *Loygue Soupault, Hepp* la Acad. de Chir. din Paris, 1961, pe marea curbură gastrică și cât mai aproape posibil de pilor.

Lăsând deoparte inconvenientele G.E., o chestiune legitimă oarecum și care trebuie să ne-o punem este următoarea: există, totuși, după sutura perforațiilor cu G.E. un număr de vindecări radicale, atât ale perforației cât și ale ulcerului?

Oare nu cumva G.E. asociată suturii favorizează vindecarea leziunii ulcerose? În această privință unele statistici dau un procent mai mare de vindecări radicale după sutură + G.E. decât după suturi simple.

Pentru această întrebare nu avem argumente categorice. Dar în trecutul chirurgiei n-a fost G.E. timp îndelungat singurul tratament al ulcerului G.D.? Această operație a reprezentat pe vremuri tratamentul preferat al acestei afecțiuni deși nu se pot compara rezultatele G.E. cu cele ale tratamentului actual. În afară de ulcer peptic, de persistența și chiar unele complicații ale ulcerelor rămase pe loc după G.E., inclusiv cancerizarea de pe mica curbură binecunoscută de toată lumea, G.E. a adus totuși un număr important de vindecări ale bolii ulcerose, care s-au menținut timp îndelungat și au fost chiar de bună calitate. Răspunsul la această chestiune, importantă după noi, nu l-ar putea aduce decât comparația statistică a vindecărilor definitive pe care le dă sutura cu și fără G.E. și, de asemenea, comparația între vindecările definitive pe care le dă tratamentul prin aspirație continuă și cele date de sutură cu G.E.

Una din criticile cele mai întemeiate ce se aduc suturii este recidiva precoce a perforației, care, în realitate, nu-i decît o desfacere a suturilor — o dehiscență. Pe lângă aceasta există însă și recidivele tardive și veritabile, cu alte cuvinte noi perforații ale aceluiași ulcer care nu s-a vindecat, denumite și perforații iterative.

Desfacerile de sutură nu sînt prea frecvente, dar existența lor pune deosebite probleme de terapeutică și mai ales de prevenire. *Ridder* de la Hamburg, pe 17 suturi simple și 32 cu G. E., are 2 fistule gastrice și una duodenală. *Popp* și *Nana* comunică două dehiscențe în 1940, dar statisticile care comunică morți prin peritonită postoperatorie nu arată că unele din aceste peritonite ar fi putut fi întretinute sau agravate de o dehiscență posibilă. Cu atît mai mult cu cît unele dehiscențe se produc cu manifestări clinice neînsemnate, sau puțin evidente, sau chiar fără expresie clinică. La un bolnav slăbit, obosit, operat de cîteva zile, o ascensiune termică sau unele manifestări dureroase abdominale, pot fi atribuite la cu totul alte cauze, cînd în realitate poate fi foarte bine o dehiscență.

La bolnavii drenați se poate stabili uneori, după dehiscență, o fistulă gastrică sau duodenală. Chiar dacă nu-i totdeauna perfect eficace și consecințele dehiscenței ar putea evolua astfel cu tot drenajul, ni se pare cu totul nechirurgical să nu drenăm în suturile precare chiar cu o antibioterapie intensivă, deoarece la un număr de bolnavi cu dehiscențe de sutură drenajul a fost acela care a evitat în mod categoric difuzarea revărsatului în peritoneu și peritonita generalizată, sau cel puțin o peritonită localizată.

Foarte rar dehiscența are o manifestare bruscă, îmbrăcînd un aspect ce se suprapune, clinic, perforației inițiale. Cu toată gravitatea, în aceste cazuri reintervenția se impune mai ales dacă bolnavul n-a fost drenat, sau dacă drenajul nu este eficient. Credem însă că aspirația postoperatorie face ca astăzi dehiscențele după sutură să fie tot mai rare.

Judin susține în articolele sale din „Journal de chirurgie” 1931, și în „Mem. Acad. De Chirurgie” Paris — 1933 că se pot dezvolta

mici ulcere multiple în contactul suturii, care eventual s-ar putea perfora.

Oricît de rapidă ar fi evoluția unor astfel de ulcere, este greu de admis că acestea ar evolua și perfora așa de precoce. Sînt mai probabil leziuni distructive, necrotice, în vecinătatea suturii, care nu a trecut în țesut sănătos, leziuni pe care traumatismul operator le-a accentuat. Pentru a conchide că aceste mici pierderi de substanță cu aspect macroscopic de leziune ulcerosă sînt veritabile ulcere, ar fi absolută nevoie de confirmarea anatomopatologică.

Spre deosebire de cele spuse pînă acum, sînt autori care utilizînd sutura n-au avut decît succese. Dar numai statisticile mari se pot preta, și acestea destul de relativ, la concluzii valoroase.

Astfel *Philippe Masse* de la Toulon, comunică la Acad. de Chirurgie din Paris în martie 1960. (Raportor: *Edelmann*) — 34 de perforații ulcerosase, utilizînd sutura în 29 de cazuri cu un singur deces. Sutura a fost executată în două planuri perpendiculare pe axa duodenală. N-a observat nici o îngustare a duodenului care să necesite G. E. și nici o dehiscență de sutură, cu toate că n-a făcut aspirație postoperatorie. A avut un singur mort, cu o perforație suturată pe marea tuberozitate a stomacului. Moartea a survenit în urma unei melene datorată unui ulcer cailos al micii curburi, care a trecut neobservat, urmată de parotidită și edem pulmonar acut. Autopsia a arătat sutura intactă.

Totuși, același autor recunoaște că există perforații în care sutura este dificilă, riscantă, iar gastrectomia contraindicată. Pro-pune în aceste cazuri obturarea perforației cu epiploon și fixarea acestuia la periferia perforației. Autorul spune că s-ar realiza, astfel, un minimum necesar de sutură, care, urmată de un drenaj larg și aspirație postoperatorie ar evita distensia și ar favoriza vindecarea.

De asemenea, sînt citate în literatură cazuri de perforații precoce după sutură, a unor ulcere cu alt sediu, la distanță de cel perforat inițial, care au trecut neobservate.

Cauzele dehiscenței sînt multiple. În primul rînd o insuficiență tehnică. Așa este de exemplu sutura care nu obturează perforația, sau prea superficială, care taie țesuturile caloare și ne-rezistente. Firele rup marginile și măresc perforația. E de mirare, spune Mialaret, cu dreptate, nu că suturile de acest gen taie, ci că totuși țin mai mult chiar decît te aștepti.

Un al doilea factor care favorizează dehiscența este lipsa de cicatrizare, sau calitatea proastă a cicatricii produsă după sutură. Țesuturi rău vascularizate, necrotice, vor cicatriza greu, iar sutura care prinde puțin din țesuturi și trece foarte aproape de marginile perforației, va favoriza dehiscența. Infiltrațiile inflamatorii și infecția explică dehiscențele ce se produc în ulcerele recente, mici, fără calozitate conjunctivă și fără fenomene necrotice.

Și, în sfîrșit, a treia cauză a defacerii perforațiilor suturate este evoluția mai departe a ulcerului care a cauzat primă perforație. Dacă sutura trece în plin proces ulceros evolutiv și nu în țesuturi sănătoase, nu poate asigura închiderea perforației decît pe timp limitat, după care defacerea se produce.

Orice factor local sau general, care împiedică cicatrizarea, contribuie la dehiscența unei suturi, chiar cînd este făcută corect. Unele terapeutici generale, care modifică reactivitatea organismului, cum este terapeutică cu cortizon, poate constitui un factor care împiedică cicatrizarea, pînd agrava în același timp răspunsul organismului chiar la cea mai neînsemnată operație, cum este sutura unei perforații. *Catabalona, Bonnel* și colab. (1977), au avut 6 perforații cortizonice, 5 tratate prin sutură simplă și una prin sutură cu G. E. Toate au decedat printr-o prăbușire catastrofală postoperatorie a stării generale. Autorii se întreabă care ar fi fost evoluția, dacă s-ar fi evitat intervenția și propun în astfel de împrejurări aspirația *Taylor*.

Toți autorii mai experimentați în problema ulcerului perforat sînt de acord a recunoaște că sutura simplă poate uneori lăsa nerezolvat un ulcer coexistent, la distanță de perforație și care adesea poate trece neobservat. Acest lucru este bine cunoscut și

aceste ulcere pot trece neobservate, cîteodată chiar la o operație reglată, executată la rece, la un bolnav care ar fi permis poate rezolvarea integrală a acestor leziuni coexistente. Cîteodată acest lucru se întâmplă leziunea fiind greu de evidențiat. Alteleori, printro lipsă de explorare atentă, care în cazul unei perforații, atunci cînd operația radicală este contraindicată, explorarea minuțioasă și uneori dificilă nici nu este indicată. Ar agrava starea generală și ar contribui la difuzarea infecției în peritoneu. Aceste ulcere rămase pot evolua și pot da complicațiile obișnuite ulcerelor: hemoragii, cancerizări pentru ulcerele gastrice și desigur noi perforații sau stenoze, nemaivorbind de suferința ce-o pot da ulterior. C. *Holman* citează un caz de perforație a unui ulcer gastric la 3,1/2 ani după sutura cu G.E. a unei perforații duodenale.

Unele din aceste complicații pot fi grave și literatura medicală este bogată în exemple. Coexistența acestor leziuni asociate cu perforația, cînd sînt observate, pun desigur o problemă de rezolvare. Astfel, o stenoză pilorică ar cere, pe lângă sutura perforației și o G.E. asociată, pentru derivație. Coexistența unui ulcer al micii curburi cu o perforație duodenală ar necesita o operație de tipul gastrectomiei, care să permită și vindecarea leziunii de pe mica curbură. Faptul că adesea aceste leziuni asociate trec neobservate, a constituit unul din argumentele valabile a celor care susțin aplicarea de principiu a metodelor radicale în tratamentul perforațiilor ulcerose.

Să nu uităm însă că această acuzație de a lăsa pe loc leziuni necunoscute se poate aduce și tratamentului medical prin aspirație, care s-a bucurat un timp de oarecare vogă. Scuza este desigur că aspirația nu-i un tratament operator și nimeni nu va putea spune că într-un viitor mai apropiat sau mai îndepărtat bolnavul nu va avea nevoie de o intervenție chirurgicală, pe cînd sutura este un tratament chirurgical care deschide abdomenul. Și care ar fi chirurgicalul satisfăcut că a lăsat pe loc, sau n-a observat, leziuni care ulterior vor necesita o nouă operație, poate destul de apropiată

de cea dintîi și poate chiar destul de anevoioasă ? ! Și cu atît mai mult, dacă o complica ie oarecare survenită ulterior (hemoragie, perforație iterativă, cancerizare), pune în pericol viața bolnavului.

 n această privință credem că lucrurile trebuie să fie foarte clare. Problema se poate pune cu toată seriozitatea atunci c nd la o perforație diagnosticată precoce, bolnavul, av nd toți factorii (vîrstă, tare organice, leziuni abdomino-peritoneale) favorabili unei operațiuni de tip radical, ar fi o gre eal  de neiertat ca problema să nu fie rezolvată integral.

Dar care ar fi chirurgul care în fa a unei perforații la un bolnav v rstnic, cu tare organice severe, cu peritonită în pl n  evoluție, să recurgă la o operație de amploare de tip radical, chiar dacă leziunea asociată a avut s nger ri anterioare, chiar dacă amenin   cu perforația sau cancerizarea, chiar dacă sutura ar fi impracticabilă ?

 n aceste împrejurări salvarea vieții, printr-o operație minimă sau prin acte medico-chirurgicale strict indispensabile (aspirație, drenaj, antibioterapie), este scopul pe care trebuie să-l aibă chirurgul  ntordeauna. Desigur, în deplină cuno tin   at t din partea chirurgului c t  i a bolnavului, că afec iunea ce o are este mai complexă, nu e rezolvată radical  i ulterior se vor pune probleme deosebite după fiecare caz în parte.

Pe statistica noastră avem 4 ulcere duodenale  i un ulcer gastric perforate, operate tardiv, la care s-a practicat drenajul simplu fără altă operație  i fără deces.

S-a propus, de către unii chirurghi, în scopul de a asigura o bună cicatrizare a suturii, să se recurgă la excizia ulcerului (*Wilmoth*,  n 1930, *G. Carayannopoulos*  i *N. Cristeas* de la Atena, 1936, *Gallas Marz*, în 1939) p n  în ţesut sănătos. Acest din urmă autor ca  i *Sostegni*  i *Pizzagalli* de la Milano în 1934, recomandă  i au practicat pentru ulcerele duodenale, odată cu excizia ulcerului  i o pilorectomie par ial  cu sutură transversală (adică o piloroplastie de tip *Ludd*) pe 9 cazuri, pentru a evita stenoza. Chiar ace i autori recunosc că pentru astfel de operații se cer

anumite condiții. Perforația să fie pe partea anterioară a duodenului, iar organul să fie mobil; deci sînt metode a căror aplicare este departe de a putea fi constantă și care nu convin oricărei perforații.

Sostegni, care urmărește cazurile operate prin operația tip *Iudd*, nu are impresia că acești bolnavi au o vindecare de bună calitate. În majoritatea cazurilor, acest autor arată că bolnavii erau obligați la restricții alimentare, se plîngeau de lipsă de putere de muncă și nu creșteau în greutate („Attie e memorie de la società Lombarda di chirurgia — iulie 1934”).

Donatti recomandă, de asemenea, excizia ulcerului, iar *Munchi*, care asociază o excizie și o duodeno-pilorectomie parțială de tip *Iudd*, a găsit după această operație modificări radiologice și dificultăți de evacuare.

Filipovici de la Cernăuți, recomandă excizia ulcerului atunci cînd este posibilă.

Lagrot (Acad. de Chir. Paris, oct. 1961), recomandă excizia ulcerului și piloroplastia asociată la dubla vagotomie. Acest autor comunică 11 cazuri văzute între a 5-a și a 24-a oră, operate după metoda recomandată și fără mortalitate.

Dacă faptul că unele leziuni ulcerose asociate pot rămîne după sutură, deliberat sau neobservate, și dau prin existența și evoluția lor ulterioară supărări și neajunsuri, este de cel mai mare interes să analizăm și ce se obține prin sutură, privind rezultatele la distanță, înțelegînd prin aceasta nu numai vindecarea perforației, ci și eventuala vindecare definitivă a leziunii ulcerose care a dat naștere acestei complicații.

Există, cu siguranță, un număr de vindecări radicale după sutură simplă, așa după cum există și după aspirații. În această privință părerea noastră, din analiza cazurilor observate în Clinica a III-a chirurgicală din Iași și spitalul din Săveni, este, așa cum am mai spus, că numărul de vindecări definitive scade cu cît trece un timp mai îndelungat de la sutură.

Nu putem trece cu vederea că unii bolnavi suturați încep să sufere din primele zile după sutură, deși se susține că sutura și chiar simpla laparotomie pot aduce uneori o cedare temporară a durerii, chiar dacă ulcerul n-a fost extirpat.

Referindu-se la date statistice, *Mialaret* în articolul său din „Presse Médicale” — 1950 spune că dacă procentul de vindecări după sutură este de 76 % după primele 6 luni, acest procent scade la 25,5 % după 7 ani.

Se pare că G. E., cu toate inconvenientele și mai ales cu posibilitatea ulcerului peptic, ridică într-o oarecare măsură procentul de vindecări după sutură, contribuind astfel la ameliorarea rezultatelor tardive. S-ar confirma deci, ceea ce se știe dealtfel, că G. E. poate contribui prin ea însăși la vindecarea unui ulcer perforat și suturat, ca, dealtfel și la vindecarea unui ulcer neperforat.

J. Gosset, M. Jouanneau și *J. Allemand* afirmă, într-un articol din „Presse Médicale” 1938, că 40—60% din ulcerele perforate continuă să sufere după vindecarea perforației, iar unele din acestea să se perforeze iterativ.

În general, foarte mulți autori susțin că vindecarea definitivă după sutură s-ar produce în special pentru perforațiile mici, survenite la ulcerule relativ recente și care n-au avut în trecut nici o suferință digestivă, sau numai suferințe relativ reduse și necaracteristice. *Chabrut*, în 1931, conchide în „Journal de Chirurgie” p. 666 : „Înfundarea unei perforații de ulcer acut, fără antecedente gastrice, vindecă nu numai bolnavul ci și ulcerul”.

Pe de altă parte, *Moreno-Tinajero*, în 1936, observă, contrar opiniei clasice, recidive ulcerose după suturi chiar la bolnavi îndemni de antecedente ulcerose. De asemenea, *Ph. Masse*, în 1960, la Acad. de Chir. Paris, (raport. *Gh. Edelmann*) spune în legătură cu vindecările definitive ce se obțin prin sutură : „Ar fi util să prevedem cazurile care au toate șansele să nu mai evolueze după sutură și că, după statistici, singurul criteriu de orientare este existența sau lipsa antecedentelor ulcerose și vechimea leziunii”.

Totuși, statisticile pe care le citează acești autori nu dau vindecări pentru perforațiile ulcerose decât între 50—60%, iar din cele 34 perforații ulcerose ale lui *Mass*, 21 au fost suturate, Din cele suturate, 8 bolnavi fiind fără antecedente, numai 4 erau vindecați de 7 ani, 1 era prea recent și 3 au reluat suferința. În schimb, toți bolnavii cu sutură care avuseseră în antecedente suferința ulcerosă, au reluat suferința, ulcerul nefiind vindecat.

Nu trebuie uitat că un ulcer care nu dă suferințe categorice nu este neapărat un ulcer recent. Aspectul macroscopic peroperator ne spune adesea mai mult decât antecedentele și evoluția.

Recidivele ulcerose, după sutura simplă sau după sutură cu G. E., pot da. ca orice altă leziune ulcerosă, ca și cele coexistente desigur cu perforația, tot felul de complicații posibile: stenoze, hemoragii, cancerizări și perforații iterative veritabile.

Spicuind din literatura enormă în această materie, nu cităm decât cazurile mai neobișnuite.

J. Creissel și J. Mourgues de la Lyon, publică în articolul lor din „Revue d'Chirurgie”, oct. 1933, două cazuri de cancerizare secundară după înfundarea unei perforații gastrice și un al treilea caz de hematemeză gravă. Conchid, că în aceste cazuri ar fi fost necesară o operație secundară înainte ca aceste complicații să apară.

Caprio („Boletin de la Societat de Chirurgia de Montevideo oct. 1934”) publică un caz de ulcer al micii curburi perforat și înfundat în două planuri. La 48 de ore după înfundare, spălătura gastrică aduce un lichid hemoragic, iar după câteva zile bolnavul face hemoragii mari pentru care se obține totuși o hemostază spontană. După 3 luni operația găsește un ulcer mare aderent la pancreas recunoscându-se partea suturată. Nu se constată nici o altă leziune care să fi cauzat hemoragia digestivă.

J. A. Martinez în „British Medical Journal” (noiembrie 1939), publică un caz de ulcer gastric perforat și suturat. La câțiva timp după accident, bolnavul face mari hematemeze oprite greu prin tratamentul medical. Ulterior, bolnavul face o stenoză pilorică

pentru care se practică o G. E. La 15 luni după prima operație, bolnavul face un carcinom plecat de la ulcerul suturat. Moare la 2 ani și 9 luni după perforație.

Este de notat că unele din aceste hemoragii încep destul de precoce după sutură, uneori între a 5-a și a 15-a zi, în timp ce urmările operatorii aveau aparență normală.

În statistica noastră am avut șansa să nu întâlnim nici o astfel de complicație, dar toți care au reoperat sau au autopsiat bolnavi cu hemoragii după sutură și în care sângera ulcerul suturat și nu altul coexistent, au găsit ulcere mari, caloase, infiltrate, uneori chiar cu hemoragii provenite dintr-un vas ulcerat în fundul ulcerului (Bourde, Soc. de Chir. Paris, 1931). Alteori, hemoragia poate fi brutală, ca în cazul citat mai sus.

Cancerizarea ulcerului gastric după sutură este rar citată. Această posibilitate rară nu poate determina o eventuală gastrectomie în cazul unei perforații, atunci când nu-i indicată.

Ceea ce este însă mai dificil uneori și mai complex este faptul de a putea recunoaște natura perforației. De cele mai multe ori caracterelor perforației sînt ușor de recunoscut după aspectul atât al perforației, cât și al leziunilor din vecinătate. Dar sînt cazuri în-doelnice, în care nici aspectul perforației, nici caracterul infiltrației și nici al unei tumori, care poate fi inflamatorie, nu au nimic caracteristic. Monografia lui *Mialaret și Edelmann* citează pe *Lecène* care spune: „Pe 63 îndurații parietale — este vorba de peretele digestiv — pe care le-am rezeccat și despre care îmi era imposibil să spun dacă erau sau nu neoplasme, am găsit ulterior că de 15 ori era vorba indiscutabil de cancere”.

Problema își are o importanță covârșitoare mai ales în cazurile în care starea generală și locală a bolnavului ar permite o operație radicală, care în cazul unui neoplasm cere o disecție lărgită și uneori laborioasă și care supradăugată la o perforație ar putea periclita viața bolnavului mai mult decît o rezecție pentru ulcer. În aceste împrejurări, credem că biopsia extemporanee își

are indicația categorică și poate adesea lămurii lucrurile fără întârzieri apreciabile.

Astăzi, anestezia și reanimarea modernă ca și antibioterapia ar favoriza executarea unor operații radicale, bineînțeles fără a neglija importanța factorilor de gravitate, chiar în cazurile în care cu 40—50 de ani în urmă orice chirurg ar fi stat la îndoială dacă trebuiesc executate.

Alături de inconvenientele suturii, discutate pînă aici, un alt inconvenient, nu mai puțin important, sînt *perforațiile iterative*. Acestea sînt acele perforații recidivate care survin la timp îndelungat după sutură, cînd avem toate motivele să credem că cicatrizarea s-a produs, adică nu mai este în nici un caz o dehiscență. *Pelle de la Rennes* citează un caz după 4 ani de la prima perforație suturată.

Noi credem că nu pot fi numite perforații iterative acele care se produc pe un al doilea ulcer, neobservat sau nerezolvat în timpul unei perforații suturate. Aceste perforații nu sînt recidive și nu le putem preciza nici după tratamentul prin aspirație, nici după vindecările spontane ale unui ulcer perforat acoperit, sau ale unei perforații latente. În aceeași categorie intră și perforațiile ulcerelor peptice după G. E. asociată suturii.

Acestea sînt complicații care, desigur, o gastrectomie le-ar fi evitat; pot fi privite ca datorita unei insuficiențe terapeutice a suturii simple sau asociate, care n-a suprimat toate localizările ulcerose, dar nici într-un caz ca perforații recidivate.

Dealtfel, pentru toate perforațiile pe care un ulceros le face în decursul evoluției bolii, atîta vreme cît nu sînt verificate operator, rămîne o imprecizie dacă cele secundare sînt recidive veritabile, sau sînt perforații inițiale ale altor localizări ulcerose asociate. Chiar și cele controlate operator sînt uneori greu de precizat, atîta vreme cît retracțiile și modificările produse de cicatrizare și de aderențe modifică situația pe care o avea inițial perforația. Sînt autori care susțin chiar că nu se poate afirma cu absolută siguranță recidiva unei perforații (*Basset, Mialaret*),

dacă nu se găsește firul de sutură, deși *Caprio* recunoaște partea suturată, într-un caz de recidivă, după aspectul cicatricii.

Ca frecvență, numărul perforațiilor recidivate nu este mare, dar dacă la acestea se adaugă perforațiile ce survin pe alte localizări ulceroase, după primul accident, atunci numărul lor crește.

Cei mai mulți autori nu le diferențiază și astfel statisticile rămân neclare. Pe statistica noastră nu am întâlnit niciodată perforații iterative. Credem că aceasta se datorește marelui număr de operații radicale ce am practicat.

În literatura medicală perforațiile iterative sînt citate atît după sutura simplă cît și după sutura cu G. E. *Müller* raportează la Academia de Chirurgie din Paris (oct. 1957 ; raportor : *Guenlette*) 16 perforații iterative pe un număr de 241 perforații, din care 238 operate prin sutură cu G. E.

Prin urmare, pe cele 16 perforații ale autorului citat, G. E. nu a împiedecat reproducerea perforației, așa cum susțin dealtfel și *Wilmoth*, *Gossett*, *Holman* ș.a. Acest din urmă autor publică în „The British Medical Journal” din iunie 1931, un caz de perforație a unui ulcer gastric la 3 ani și jumătate după sutura cu G. E. a unei perforații duodenale vindecate, iar *A. Lysaght* și *W. B. Williams* în „The Lancet” din aprilie 1937, publică un caz care a făcut patru perforații consecutive în patru ani. Între a doua și a treia perforație se asociază la sutură o G. E. și abia după a patra perforație o rezecție gastrică dificilă duce la vindecare.

Cu cît perforațiile iterative se repetă, cu atît recidivele devin mai posibile și mai apropiate. Cît privește G. E. executată secundar, la a doua sau a treia perforație iterativă, după unele statistici ar duce mai frecvent la ulcer peptic gastro-jejunal decît cele executate la perforația inițială.

Pe importanta statistică a lui *Pearse*, citată de *Mialaret* și *Edelmann*, pe 4813 perforații G. D. are 33 perforații iterative. Este unul din procentele cele mai scăzute de perforație iterativă. Pe toate stisticile citate de diferiți autori, numărul acestor accidente nu urece de 2,5—3 % din numărul total de perforații.

J. Gosset, M. Jouanneau, și J. Allemand reușesc 64 cazuri de perforații iterative, atât după sutură cât și după sutură cu G.E. După acești autori, această din urmă operație — adică G.E. — nu numai că n-a vindecat întotdeauna ulcerul, dar duce frecvent la ulcere peptice.

Semnificația perforației iterative, mai mult decât oricare altă manifestare, mai mult decât dehiscența și chiar mai mult decât suferințele ulterioare, este clară. Înseamnă, nu numai că ulcerul suturat nu s-a vindecat, dar că procesul evolutiv continuă și anatomicopatologic ajunge la aceleași leziuni distructive ca și prima perforație.

J. Gosset, M. Jouanneau și J. Allemand, în „Presse Médicale” din octombrie 1938, își pun întrebarea dacă nu cumva a rămas vreun punct slab de la prima sutură, care ar fi favorizat recidiva perforației? Acești autori, la o intervenție 8 luni după o sutură, au găsit firul de cusătură liber în mijlocul unui crater ulceros perforat, a cărui obliterare era dată doar de o simplă foiță peritoneală și de fața inferioară a ficatului.

În realitate sutura poate asigura uneori cicatrizarea perforației. Însă, atunci când această cicatrizare este deficicientă, organele și țesuturile din jur asigură uneori obturarea și vindecarea perforației, ca în perforațiile vindecate spontan, ca în ulcerele perforate acoperite și ca în perforațiile vindecate medical prin aspirație, deci fără sutură. Ar urma de aici, dacă recidiva ar fi datorată unei suturi care a lăsat vreun punct slab, ca toate perforațiile nesuturate să fie în pericol de recidivă. Sau, acest lucru nu pare confirmat și perforațiile iterative nu sînt mai numeroase după cele inițial nesuturate. Ceea ce a lăsat sutura nu-i punctul slab, ci, ca și vindecările spontane, ca și aspirația, a lăsat ulcerul care a continuat să evolueze.

Manifestarea clinică a perforațiilor iterative este, de cele mai multe ori, la fel de intensă și de zgomotoasă ca și a celor primitive. Aderențele preexistente fac ca peritonita să fie mai generalizată, dar intervențiile sînt mai grele din cauza aderențelor și

periviscericii încă de la prima perforație. *Hertzen Græven* (în „The B.M.J.”, mai 1937) citează 3 perforații consecutive la 2 ani interval, asimptomatice în intervalul dintre perforații.

Așa cum am mai spus, G. E. nu înlătură posibilitatea perforației iterative. *Wilmoth* citează un caz de perforație pe fața anterioară a duodenumului vindecată după sutură și G. E. La 32 zile după aceasta bolnavul face o perforație a peretului posterior duodenal și moare de peritonită.

În schimb G. E. expune la ulcere peptice, care par a fi cu atât mai frecvente cu cât G. E. este mai puțin declivă și mai puțin aproape de pilor. Posibilitatea de perforație a acestor ulcere peptice este destul de frecventă.

Degenerescența malignă a ulcerului gastric între două perforații este citată, ceea ce arată, desigur, că o operație secundară ar fi fost necesară, așa cum unii autori o înfățișează de principiu (*Moreno-Tinajero, Creyssel și Mourgues*). Nici tratamentul medical ulterior și nici regimul alimentar sever nu împiedică recidiva perforației, așa cum nu împiedică nici perforația primitivă. *Flechtenmacher* din Brașov, pe vremea când se făcea tratamentul pentru ulcere G. D. cu acizi aminați, arăta în „Zentralblatt für Chirurgie”, aprilie 1937, că nici acest tratament, adăugat la regim și alte tratamente recunoscute, nu evită perforațiile. Citează două cazuri, din care unul mortal.

Survenite pe organisme tarate, perforațiile iterative pot îmbrăca aspecte neașteptate. *J. Petit* de la Rouen, relatează, în „La Normandie médicale” din aprilie 1930, o perforație iterativă la un basedowian. Suturet la prima perforație, a fost operat ulterior de basedow ; face apoi a doua perforație tot suturată. Continuând să sufere, se face o gastrectomie în scop radical. În urmările postoperatorii face o criză de hipertemie și manifestări asemănătoare cu crizele post-tiroidectomie ale basedowienilor.

Majoritatea publicațiilor în problema ulcerelor G. D. perforate, care se referă în special la statistici, aduc suturii și acuzația că ar da o mortalitate mai mare decât operațiile radicale, în speța

decît gastrectomia subtotală. Dacă ne referim la statistici, aceasta este profund adevărat numeric. Privind statistica lui *Brocq*, publicată în 1930 („Acad. de Chir. Paris”), care reunește 1220 gastrectomii și 747 suturi simple sau cu G.E. pentru ulcere perforate și ale cărui comentarii și analize au avut un cuvînt important de spus în adoptarea unei metode chirurgicale în ulcerele perforate în Europa, cifrele mortalității sînt următoarele: pe 747 suturi cu sau fără G.E. găsește 191 morți, deci aproximativ 25 %; iar pentru gastrectomie, pe 1220 rezecții 176 morți, deci aproximativ 14 % mortalitate.

Această interpretare nu poate fi luată după aspectele globale, deoarece, cum spune și autorul, sutura a fost aplicată și pentru cazurile bune și pentru cazurile rele și chiar pentru cele desperate. Mai mult decît atît, statistica de care vorbim aparține la chirurghi diferiți (francezi, italieni, germani, ruși, cehi și austrieci), deci cu mentalități diferite și cu tehnici personale. În afară de aceasta, statistica de atunci prezenta cazuri care nu beneficiau de anestezia și reanimarea actuală și nici de antibioterapie, care au fost factori de real progres în indicațiile terapeutice ale perforației G. D. ulceroase.

Statistica noastră din Clinica de la Iași și spitalul din Săveni cuprinde 8 decese pe 323 rezecții și 19 decese pe 108 suturi cu sau fără G.E.A.

Din aceste critici îndreptățite aduse suturii, s-au putut evidenția atît insuficiențele metodei, cît și avantajele atunci cînd este indicată.

Rezultatele funcționale tardive ale suturii simple pentru perforațiile piloro-duodenale au fost examinate la noi în țară de *Mureșanu*, *Blindu* și *Caloghera*. La 17 suturați examinați tîrziu, acești autori au găsit modificări apreciabile și variate ale bulbului duodenal. Tranzitul baritat se făcea corect, dar pilorul era transformat într-un canal rigid, cu fenomene de insuficiență, încît evacuarea era continuă. Nu au observat stenoze și nici n-au pus în evidență niște.

Cu toate insuficiențele și criticile, sutura nu a fost scoasă pînă în prezent din arsenalul terapeutic al ulcerelor perforate, dar i s-a precizat indicațiile și i s-au făcut aprecierile atît în urmările postoperatorii imediate, cît și în rezultatele tardive. Acest lucru va reieși și mai evident după ce vom analiza și metodele radicale de tratament. Sîntem de acord cu *Clarke* și *Boulos* care indică după simpla sutură tratamentul cu cimetidină, la bolnavii la care simptomatologia ulceroasă reapare, iar tratamentul chirurgical radical este contraindicat temporar sau definitiv. În aceste cazuri, tratamentul cu cimetidină ar putea fi încercat și în scop preventiv.

Gastrectomia subtotală. (Denumită de unii gastrectomie largă sau gastrectomie 2/3). — Această operație, ca metodă terapeutică în ulcerul G. D. perforat, este ulterioară altor operații (excizia ulcerului, G. E. și altele), deci incontestabil mai tardivă.

Rezultatele bune obținute prin rezecție în ulcerelor neperforate au făcut pe chirurghi să se gîndească dacă această operație n-ar putea fi aplicată și la ulcerelor perforate? Dar rezecția este o operație relativ mare, uneori laborioasă, care nu ar fi tordeaua indicată, mai ales într-o vreme cînd ulcerelor perforate se diagnosticau greu și tîrziu, bolnavii prezentîndu-se uneori în plină peritonită. Acum 50—60 de ani, sutura era singurul tratament al perforației ulceroase, la care s-a adăugat repede G. E.

Pentru a ameliora rezultatele suturii s-au propus în decursul vremurilor diferite completări. Astfel, utilizarea sistematică a aspirației pentru a înlătura distensia și dehiscențele, a fost totuși criticată uneori cu dreptate. Prolungită prea mult ar favoriza complicațiile pulmonare. Din acest motiv, școala de chirurgie anglo-saxonă a recurs la aspirația prin gastrostomie, mai ușor suportată de bolnavi, care evită complicațiile pulmonare.

Alți chirurghi au propus și consideră chiar că după o sutură cu G. E. este obligator să asociem o vagotomie dublă pentru a evita ulcerul peptic (*Turai*, 1968).

De asemenea, s-a recomandat și s-a insistat că este absolut necesar după sutură să se facă un tratament medical, igienodietetic și medicamentos, sever și prelungit, pentru a favoriza vindecarea ulcerului. Dar cine nu cunoaște inconvenientele acestui tratament mai ales la muncitori, succesele rare și eșecurile frecvente ?

Primele succese cu rezecții pentru ulcerul perforat par a fi publicate în 1919—1920 (*Von Haberer, Marconi* ș.a.). Ulterior, metoda a început să prindă, dar autori ca *Chabry* în 1931, pe 25 perforații nu face nici o rezecție și spun textual („J. de Chir.” 1931, p. 658—667): „Înfundarea unei perforații de ulcer acut, fără antecedente gastrice, vindecă nu numai bolnavul, dar de asemenea și ulcerul. Dimpotrivă, aceeași operație făcută pe un ulceros cronic și evoluînd de mult timp, nu vindecă ulcerul, sau nu-l vindecă decât excepțional”. Același autor adaugă mai departe că ori de câte ori ar fi în fața unei perforații pe un ulceros vechi, i-ar face pe lângă înfundare și o G. E., de teamă să nu fie nevoit s-o practice mai târziu.

Prin urmare acestui autor, la vremea aceea, nu i-ar fi trecut prin gând să facă o rezecție nici ca operație secundară.

În 1933, tot în „Journal de Chir.”, p. 838, *B. Desplas et Mutricy*, pe 55 cazuri din perforații G.D., din care 49 operate înainte de 6 ore, nu are decât 2 gastrectomii, din care un caz decedat. Autorii spun că această metodă pare periculoasă în ulcere perforate, dar nu consideră experiența suficientă și totuși conchid: „Dacă conduita clasică (sutura cu G. E.) permite aproape sigur să salvăm bolnavul, n-avem nici un drept să-i procurăm un risc suplimentar (risc apreciat de autori considerabil), sub pretextul unei vindecări mai radicale”.

Cu toate acestea tendința unei operații radicale în tratamentul ulcerului G. D. perforat își face tot mai mult drum, iar în privința gastrectomiei, unul din cei mai mari apărători ai acestei operații a fost *Judin* de la Moscova, care în „Lyon Chirurgical” nr. 6/1930, în „Journal de Chir.” din 1931 și în „Bull. et Mém. Soc.

Nat. de Chir.", Paris 1933, publică 404 cazuri de ulcere perforate cu 318 gastrectomii în 4 ani, și cu o mortalitate care a scăzut treptat de la 10% în primii ani, până la 6% în ultimul an.

Judin a fost autorul cu cea mai mare experiență la vremea aceea în Europa și a avut un cuvânt decisiv în evoluția concepției de tratament a ulcerului G.D. perforat. A fost urmat apoi de autorii francezi: *Ducal, Brocq, Mialaret, Ollivier*; de chirurgii germani *Lungbans, Ridder, Petters, Steiger* — Viena; de asemenea, de chirurgii din Peninsula Scandinavică, spre deosebire de chirurgii americani și englezi, care au rămas mai puțin partizani ai rezecției pentru ulcerul perforat.

Richter (în „Acta Chirurgica Scandinavica” — 1956), publică 266 cazuri, din care a suturat doar 10%. Mortalitatea globală a fost de 11,4%. Bolnavii au fost urmăriți din 1945, iar rezecțiile fără recidive.

În România, *Nasta, Hortolomei, Pop* și *Nana, Buțureanu, Papabagi, Chipail* și mulți alții, au găsit gastrectomia demnă de a fi aplicată în perforațiile G.D., atunci când indicația o cerea, în scopul obținerii unei vindecări radicale, fără riscurile recidivelor, complicațiilor și reintervențiilor ulterioare.

Iacobovici și *Mureșan*, la Congresul Național de Chirurgie în 1933, pledează, de asemenea, pentru rezecție în ulcerele perforate.

Nici un chirurg nu ar putea nega că gastrectomia pentru ulcer este o operație relativ mare, care uneori ar putea fi grea și laborioasă și că eventual ar putea fi un factor de gravitate ce s-ar supraadăuga gravității perforației și peritonitei consecutive.

Dar nu credem că cineva s-a gândit sau a înțeles că gastrectomia trebuie să fie — în perforațiile ulcerose — o operație sistematică. Însăși *Judin*, vorbind despre gastrectomie în ulcerul perforat și indicată ca operație precoce, spune: „Nu se poate totuși conchide că orice operație precoce trebuie să fie neapărat

o gastrectomie", amintind în același timp că sînt și alți factori care determină indicația tehnicii de urmat.

Brocq, care face un studiu comparativ între rezultatele și mortalitatea suturii și a gastrectomiei pe o statistică importantă adunată de la mai mulți autori care au practicat ambele operații, („Mem. Acad. de Chir.", Paris, 1936, pp. 1061—1076) arată că gastrectomia a putut fi practică în cel puțin 60 % din cazuri. Acest autor afirmă că în anumite condițiuni, gastrectomia poate fi aplicată într-un mare număr de perforații G. D. ulcerose.

Cu toate că antibioterapia și reanimarea actuală permit într-o bună măsură practicarea mai frecventă a operațiilor de tip radical în perforațiile G.D., controversele continuă încă și astăzi, tocmai pentru că există atât de numeroși factori care pot influența evoluția postoperatorie a diferitelor metode și tocmai pentru că fiecare din metode are inconveniente și avantaje. Aceasta demonstrează o dată mai mult că nu procedeele chirurgicale sînt vinovate de eșecuri, ci indicația și eventual execuția, amîndouă aparținînd chirurgului și conștiinței sale, de ceea ce este indicat și foarte executa.

Aceste controverse sînt cu atât mai actuale cu cît în tratamentul radical al ulcerelor G. D. au apărut și alte metode, după unii chiar mai puțin nocive decît gastrectomia.

Discutate pe larg, avantajele și inconvenientele gastrectomiei în ulcerale G. D. perforate au fost precizate și s-ar putea rezuma, după *Judin*, *Duvul*, *Brocq* și *Mialaret*, în ordinea importanței lor. S-a spus astfel, că este cu desăvîrșire illogic de a practica de urgență la un bolnav șocat, a cărui rezistență nu se cunoaște, o intervenție chirurgicală importantă, într-un mediu peritoneal septic, în timp ce procedee mai simple pot vindeca bolnavul.

Acosta cu atât mai mult cu cît asupra dificultăților de execuție a suturii, unii autori, după *Lécene*, susțin că nu există sutură imposibilă, adică perforație nesuturabilă. Înfundările, epiplooplastiile sau plicaturile vor reuși întotdeauna să obțină orificiul. Ba chiar mai mult. Există ulcere al căror sediu (duodenale joase,

ulcere în vecinătatea cardiei) fac gastrectomia dificilă și chiar periculoasă.

Cît privește unele inconveniente ale suturii cunoscute și deja citate în expunerea noastră : perforațiile iterative, hemoragiile, stenozele și chiar degenerescențele maligne, nu ar fi atât de frecvente pentru a îndreptăți o rezecție sistematică. Se susține, de asemenea, pe drept, că pentru a executa o gastrectomie este nevoie de un serviciu bine dotat și echipat, de un chirurg experimentat, de o asistență de bună calitate, de îngrijiri postoperatorii și eventual de o reanimare competentă. Aceste condiții nu sînt realizate în orice serviciu de chirurgie unde se prezintă un ulcer perforat, iar sutura nu necesită aceste condiții și ar putea fi realizată în orice serviciu chirurgical.

În sfîrșit, la această acuzație se adaugă și teoria „*cumințeniei chirurgicale*” care spune : într-o urgență trebuie făcut minimum pentru a salva viața bolnavului, scopul fiind vindecarea perforației și evitarea consecințelor, și nu a ulcerului care ar putea să se vindece chiar numai prin sutură ; sau, de va fi necesar, se va opera ulterior.

Toate aceste critici ale gastrectomiei sînt incontestabil valabile, adevărate, iar *Mialaret* amintește expresia glumeață a lui *Bager* care le caracterizează astfel : „Cînd cineva a căzut în apă și este pe punctul de a se îneca, cel care-l ajută trebuie să fie mulțumit salvîndu-i viața și nu să se gîndească să-l învețe imediat să înoate, pentru a evita accidentele eventuale”.

Dar valabilitatea acestor critici nu rămîne în picioare decît pentru gastrectomia care s-ar face sistematic și cu orice preț în toate cazurile, ceea ce ar fi nu numai o lipsă de înțelegere și de cunoaștere a problemei, ci o eroare fundamentală.

Desigur că gastrectomia este o operație mai laborioasă și, așa cum spune *Judin*, cînd pui indicația unei operații trebuie să știi s-o faci. Dar, oare, nu sînt și suturi dificile, laborioase, cu atît mai periculoase cu cît cazurile respective nu au indicația unei gastrectomii, și la care chirurgii încercați au trebuit să recurgă la tampon-

na), drenaj, aspirații sau gastrectomii, iar complicațiile după sutură, nu s-ar putea spune că sînt chiar așa de rare? Chiar dacă n-ar fi prea frecvente, oare nu este legitim să încercăm să le evităm ori de cîte ori se poate, avînd în vedere că unele din aceste complicații pot fi grave sau chiar mortale, iar bolnavii șocați cu adevărat, nu mor chiar la simpla sutură dacă nu s-a făcut deșocarea și nu s-a deferit operația încercînd tratamentul neoperator pînă cînd bolnavii sînt în situația de a o suporta?

Literatura medicală citează fistulizări și dehiscențe ale suturilor după gastrectomie, la nivelul anastomozelor de restabilire a continuității digestive. Cele mai multe din acestea, după părerea noastră, sînt datorate unei greșeli de tehnică și se pot vedea și la o simplă G. E. asociată suturii.

Scopul gastrectomiei este incontestabil să vindece perforația, să înlăture complicațiile și inconvenientele suturii și să evite recidiva sau evoluția în continuare a ulcerului. Avînd în vedere că această operație (gastrectomia), ori de cîte ori este indicată și posibilă, este capabilă să corespundă pe deplin tuturor dezideratelor privind vindecarea bolnavului, devine legitimă, iar experiența de pînă acum care i-a precizat indicațiile, prin rezultatele bune și chiar excepționale care s-au obținut, arată clar că poate fi aplicată de la început într-un mare număr de cazuri.

Există incontestabil și eșecuri care, din nefericire, nu pot fi evitate niciodată și aceasta cu orice metodă, chiar atunci cînd este perfect indicată.

Referindu-ne la gastrectomie în ulcerele perforate, eșecurile se datoresc factorilor de gravitate supradăușagi perforației și uneori chiar unei erori de indicație sau de execuție. În această privință, e bine să recunoaștem că nu trebuie niciodată să facem o analiză superficială, unilaterală și părintitoare pentru anumite intervenții, a elementelor din care va decurge indicația metodei terapeutice de aplicat.

Pentru a evita eșecurile și a nu agrava cu nimic situația unui bolnav cu perforație G. D., dar pentru a obține totuși o

vindecare radicală, s-a propus operația în doi timpi, înțelegând prin aceasta vindecarea perforației și salvarea imediată a bolnavului printr-un act simplu chirurgical sau medical (aspirația) și intervenția cu scop radical executată ulterior. De fapt, reintervenția pentru tratamentul radical este urmarea logică și normală ori de câte ori operația paliativă nu a dus la vindecarea ulcerului, sau dacă apare vreo complicație în legătură cu operația inițială. Am văzut chiar că acest lucru se întâmplă destul de frecvent, cu atât mai frecvent cu cât ne îndepărtăm mai mult de momentul primei intervenții pentru accidentul acut.

S-a preconizat operația în doi timpi, unii autori susținând că în aceste împrejurări s-ar evita operații inutile făcute pentru ulcerele eventual vindecate de intervenția paliativă. În această privință, *Turai* propune să nu se practice niciodată o reintervenție după sutura simplă pînă ce bolnavii nu încep să sufere.

Nu putem fi de acord cu această părere, știut fiind că suferința după sutură poate începe printr-o altă complicație, posibilă și gravă, a unui ulcer ce nu s-a vindecat.

Credem mai degrabă, ca în unele din cazurile noastre la care s-au practicat operații paliative, că unele caractere anatomo-patologice constatate la prima perforație (ulcer calos, leziuni întinse, ulcer al micii curburi, sau ulcere vechi cu suferință clinică categorică în trecut), cât și unele indicații radiologice ar putea să ne orienteze mai medical și mai științific către necesitatea reintervenției după operațiile paliative pentru perforații G. D.

Atitudinea aceasta în doi timpi ar putea fi justificată numai pentru acei bolnavi care n-ar putea suporta imediat o operație radicală, dar ni s-ar părea nepotrivit să devină o metodă sistematică. Aceasta din mai multe puncte de vedere: în primul rînd, în intervalul celor două intervenții ar putea apărea, după cum am văzut, unele complicații poate chiar grave; în al doilea rînd, operația tardivă poate fi uneori dificilă din cauza aderențelor între organe, aderențe greu sau chiar imposibil de desfăcut fără pericole și sîngerări. Astfel de cazuri au fost întîlnite de toți

chirurgii ce se ocupă de problema ulcerului gastro-duodenal perforat (J. Quènu, Mialaret). De asemenea, între cazurile operate de noi în doi timpi, dificultățile întâlnite ne-au obligat să recurgem la alte operații decât gastrectomia, cum au fost vagotomii cu G.E., sau, așa cum înainte de a intra în practică operația Dragstedt, se recurgea la gastrectomia pentru excludzie, sau chiar la simpla G.E.

Operația în al doilea timp este cu atât mai dificilă dacă inițial, la prima intervenție, s-a practicat o G.E. care îngreuează înțordeauna gastrectomia secundară, cu atât mai anevoioasă dacă a favorizat apariția unui ulcer peptic.

Dificultățile operației secundare par a fi cu atât mai frecvente cu cât trece mai multă vreme de la perforația inițială. Procesul de vindecare al perforației care duce la scleroză retracilă, modificând poziția și lungimea duodenului în ulcerele duodenale, mai ales când ulcerul continuă să evolueze și se produc aderențe strînse cu pancreasul și căile biliare, pune adesea probleme dificile și face rezecția periculoasă.

Pentru acest lucru, Clinica a III-a chirurgicală din Iași a propus și a recurs la operații precoce, chiar în ulcerele perforate acoperite, cu atât mai mult dacă aceste ulcere erau vechi, cu suferință cronică, avînd astfel multe șanse de a evolua în continuare după perforație

Am intervenit precoce în toate cele 69 ulcere perforate acoperite, cu două decese prin complicații extra abdominale (pulmonare), înaintea perioadei antibioterapiei.

Dacă la nivelul ulcerului perforat și suturat reintervenția tardivă este foarte frecvent dificilă, libertatea peritoneală nu este totuși o regulă în operațiile precoce. Desfacerea aderențelor periviscerale este însă mai ușoară și mai puțin sîngerîndă în reintervențiile precoce decît în cele tardive.

În scopul de a înlătura dificultățile operatorii și de a evita orice posibilitate de complicații care nu sîm niciodată cînd pot apărea — unele chiar foarte precoce (hemoragii de exemplu), —

s-a propus, așa cum am arătat și mai sus, ca a doua operație să fie făcută precoce (*J. Calvet, Ph. Masse, S. Blondin, Swingbedanz* și *Legrand*, cât și *Lang* de la Berlin). S-ar practica astfel ceea ce *M. Moreno-Tinagero* și alți autori numesc gastrectomia primitiv întârziată.

Nu am întâlnit nici o precizare asupra precociității și a timpului după care trebuie executată operația secundară și de la care nu ar face excepție decât perforațiile mici ale ulcerelor recente, care sperăm să se vindece eventual după perforație.

Unii chirurghi execută operația secundară foarte precoce, între a 7-a și a 14-a zi de la perforație (*Sèror, Masse, Guénin, S. Blondin*). *Gosset* și *Jaumneau* o recomandă după 15—20 de zile.

În acest interval operația secundară ar fi relativ ușoară, aderențele recente ușor clivabile, intervalul de timp suficient pentru o bună pregătire a bolnavului și înlăturarea eventualelor deficiențe humorale. *G. Scollo* de la Roma, comunică rezecții făcute chiar la 4 zile după înfundarea perforației, dar leziunile peritoneale erau circumscrise („*Annali Italiani di Chirurgia*”, 1932). *Totuși, S. Blondin* la Acad. de Chir. Paris, 1961, atrage atenția că s-ar putea întâlni uneori dificultăți și în cazurile operate prea recent după perforație.

Cei mai mulți chirurghi consideră precoce chiar dacă operația secundară se face după 2—3 luni și chiar mai mult. Noi am fi de acord cu acest principiu, dar acest fel de a vedea nu înlătură complicațiile posibile ce pot apărea uneori precoce (hemoragii, perforații iterative) și chiar complicațiile unor ulcere care au trecut neobservate și care se pot manifesta foarte repede după prima operație paliativă. Literatura medicală citează adesea cazuri de hemoragii sau dehiscențe în primele zile după obturarea unei perforații și care au necesitat reintervenții în condiții destul de precare, atât tehnic, cât mai ales în ceea ce privește starea bolnavului. Operația în doi timpi, în afară de cazurile în care este în-dreptăția de condițiile în care se prezintă bolnavul, n-ar avea

decît o singură justificare, aceea că în intervalul dintre cele două operații o explorare radiologică amănunțită ar putea decela existența altor leziuni ulceroase, care ar putea trece neobservate chiar la operația secundară, sau poate chiar aceste leziuni ar impune o anumită conduită operatorie. Oricum, însă, această explorare nu ar putea fi făcută prea timpuriu după sutura unei perforații.

În această privință se afirmă că gastrectomia primitivă în ulcerele perforate evită posibilitatea unor ulcere neobservate să rămână pe loc și să poată da complicații, sau să evolueze chiar dacă cel perforat s-a vindecat.

Asupra acestui lucru convingerea noastră este că nu absolut întotdeauna o gastrectomie poate suprima ulcerele postbulbare, sau subcardiale, fără mari pericole, chiar dacă ar fi fost depistate, și cu atât mai mult în cursul perforației unei alte leziuni ulceroase. Dacă condițiile bolnavului contraindică gastrectomia, cui i-ar trece prin minte să recurgă la astfel de operații din cauza unei leziuni ulceroase asociate și unde, într-adevăr, numai un gest operator minim necesar se impune pentru salvarea bolnavului?

O altă obiecțiune de care trebuie să ținem seama în condițiile operației în doi timpi este aceea că unui bolnavi refuză al doilea timp operator. La început, pentru că li se pare că sînt vindecați de prima operație, iar cînd încep să sufere, fie că au o suferință relativă care le permite să mai spere, fie că așteaptă ca aceasta să treacă după un tratament medical, fie că se tem pur și simplu de al doilea timp operator.

Știm cu toții ce greu este uneori să convingem un bolnav pentru o operație complementară, cînd el se crede, sau cel puțin speră să fie vindecat de prima operație, sau de primul tratament medical prin aspirație care i-a diminuat suferința și care n-a fost, eventual, decît un tratament pregătitor.

De aceea, sîntem de acord cu părerea lui *Roubier*, care spune că operația într-un timp este justificată chiar numai pentru suferința psihică pe care o au aceste operații, față de operațiile în mai mulți timpi.

Gastrectomia primitivă de urgență, sau chiar primitiv întârziată, este desigur modalitatea de tratament care asigură vindecarea definitivă; dar nu trebuie uitat (*Ph. Masse* amintește acest lucru la Acad. de Chir. din Paris — martie 1960) că este totuși o mutilare gastrică cu unele inconveniente posibile și cunoscute: tulburări digestive și dispepsii, hipoproteidemie, anemie, riscuri de t.b.c. pulmonar și chiar de impotență sexuală. Aceste inconveniente sînt cu totul rare și, după părerea noastră, o gastrectomie bine făcută și nu excesiv de largă evită aproape complet aceste tulburări și bolnavii au un confort digestiv normal.

Dacă *Perrotin* și *Hollender* acuză gastrectomia primitivă de posibilitatea ulcerului peptic, credem că nu se referă decît la gastrectomiile făcute pentru ulcerele foarte recente, evoluînd de scurtă durată, fără nici un tratament prealabil și poate chiar cu totul limitate în întindere.

Dimpotrivă, *Edelmann*, citînd în același timp pe *de Vernejoul* și *Charrier* spune: „Gastrectomia primitivă nu duce decît rareori la ulcer peptic, în timp ce gastrectomia secundară după sutură, dă un număr mai ridicat de astfel de leziuni (trei ulcere peptice pe 56 gastrectomii)”. Același autor conchide cu dreptate că este preferabil a se evita operațiile iterative, iar atunci cînd la o perforație G. D. se prevede necesitatea unei gastrectomii viitoare, aceasta este mai bine de executat de la început.

Din experiența noastră de peste 3 500 ulcere operate în clinică, sîntem îndreptățiți să afirmăm că numai gastrectomiile extensive, 3/4, sînt generatoare de tulburările înfățișate mai sus și în special de sindromul de anșă aferentă, sau de dumping sindrom, ca și de tulburări alimentare.

Am observat de asemenea că gastrectomia largă este mai puțin bine suportată de femei și, cu cît gastro-jejunostomia este mai apropiată de unghiul duodeno-jejunal, cu atît sindroamele dispeptice sînt mai rare și mai puțin importante, iar șansele de recidivă ulceroasă și ulcer peptic mai mici.

De aceea nu practicăm gastrectomii excesiv de largi, decât eventual pentru ulcere foarte sus situate și tot de aceea credem că vagotomia cu antrectomie este una din operațiile bine suportate de bolnavi, antrectomia fiind în realitate tot o gastrectomie, după unii 50 %.

Dar câte discuții și dificultăți sînt în precizarea întinderii antrale?!

De asemenea, considerăm mai puțin abuzivă și ca fiind urmată de mult mai puține tulburări fizio-patologice, gastrectomia cu anastomoză *Péan*, dar care este atît de rar posibilă în ulcerele duodenale perforate.

Turai, la noi în țară, practica rezecția ori de câte ori avea impresia că nu a putut executa o vagotomie completă.

Dacă ar fi să stabilim valoarea comparativă a celor două metode de tratament a ulcerului G. D. perforat — sutura și gastrectomia — ținînd seama de mortalitatea post-operatorie imediată și precoce, nu credem că am aduce vreun sprijin vreuneia din metode.

Este cert că sutura este o operație de cele mai multe ori simplă, care în mod obișnuit nu agravează starea bolnavului mult mai mult decît laparotomia și este aplicabilă chiar în cazurile cele mai grave. Apoi este, după cum se știe, mai la îndemîna oricărui chirurg, chiar mai puțin experimentat. Dar rezultatele tardive ale suturii nu se pot compara cu ale gastrectomiei care, nu credem să greșim spunînd, dă rezultate tardive echivalente cu vindecări radicale și de bună calitate, ținînd seama și de faptul că tulburările fizio-patologice postoperatorii, de care este acuzată gastrectomia, bine făcută, sînt relativ rare, uneori neînsemnate și adesea trecătoare.

În această privință literatura de specialitate este plină de statistici, unele pe cazuri numeroase, în care se arată fie eșecurile gastrectomiei, fie mortalitatea mare a suturii. Am mai spus deja că sutura fiind utilizată și în cazurile vechi și grave, în plină peritonită evolutivă, la bolnavi în vîrstă sau cu organisme tarate, sigur că va avea o mortalitate crescută față de gastrectomie, utilizată cu indicații precise și numai în condiții favorabile.

Mortalitatea nu ar fi un criteriu de a judeca cele două metode decât dacă statisticile s-ar sprijini pe cazuri asemănătoare ca vîrstă, ca precocitate de diagnostic și intervenție, ca leziune anatomico-patologică, operate de același chirurg sau cu aceeași concepție și tehnică chirurgicală. Cu toate că acest lucru este imposibil în practică, statisticile pe cazuri asemănătoare arată o mortalitate sensibil egală, atît pentru sutură cît și pentru gastrectomie, care în prezent scade sub 6% și chiar mai jos.

Ținînd seama de adevărul incontestabil, că gastrectomia nu poate fi utilizată sistematic ci numai în anumite împrejurări, este necesar să vedem care sînt indicațiile acestei operații în perforațiile gastro-duodenale.

Nu am putea fi de acord cu *Brocq*, care la Acad. de Chir. din Paris, în iulie 1936, spunea, în ceea ce privește gastrectomia în perforațiile ulcerose, că există indicații de necesitate. Este adevărat că există perforații mari, cu marginile cartonate, imposibil de suturat sau de obturat. Există, de asemenea, perforații multiple, sau leziuni ulcerative numeroase, fie a unor ulcere co-existente, fie cum sînt astăzi binecunoscutele ulcere de stress. Acestea ar necesita, desigur, pentru vindecarea completă, o gastrectomie.

Dar această necesitate este, așa cum am mai arătat, subordonată celorlalți factori care vor permite sau nu gastrectomia, care vor indica, cu alte cuvinte, atitudinea terapeutică. Am arătat deja că acolo unde sutura este imposibilă, iar gastrectomia contraindicată, tamponarea, fistulizarea gastrică sau ileostomia, la care se asociază un drenaj larg, o aspirație digestivă și o reanimare adecvată, ar avea totuși ceva mai multe șanse de salvare decât o gastrectomie intempestivă.

Care sînt factorii și care este contribuția și interpretarea acestora în indicațiile gastrectomiei?

Avînd în vedere că cea mai mare parte din ulcerele perforate survin la bolnavi relativ tineri, fără tare și suferințe organice, considerăm că factorul timp este cel mai important în in-

dicațiile de tratament și am spune important în rezultatele imediate ce se obțin, oricare ar fi tratamentul aplicat. Acest lucru se explică prin faptul că elementul de gravitate și majoritatea cauzelor de deces în perforațiile ulcerose este peritonita, determinată de revărsatul digestiv, mai mult sau mai puțin septic, în cavitatea peritoneală. Oricât ar fi de puțin septic inițial acest revărsat, cu timpul virulența microbiană și septicitatea cresc, și după un timp, uneori mai scurt, alteori mai îndelungat, peritonita evoluează și se declară printr-o simptomatologie manifestă. Din experiență, toți chirurșii sînt de părere că în primele 6 ore de la început, revărsatul peritoneal este încă aseptice, sau cu o septicitate neînsemnată. Mulți chirurși deja citați au găsit în foarte multe cazuri, chiar după 12 ore, că septicitatea nu este excesivă, iar leziunile anatomo-patologice din cavitatea peritoneală nu sînt prea avansate.

În orice caz se consideră în general că între 6 și 12 ore de la debut, este timpul cel mai favorabil pentru gastrectomie, cînd alți factori nu o contraindică.

Factorul timp, oricît de important ar fi, nu trebuie considerat invariabil. Mărima perforației, cantitatea revărsatului digestiv și septicitatea inițială a acestuia determină evoluția mai rapidă sau mai lentă a peritonitei. Cum examenele bacteriologice nu ne pot aduce o mare precizare imediată, aspectul lichidului din peritoneu, cantitatea acestui lichid, răspîndirea în parte sau în totalitatea cavității peritoneale, hiperemia peritoneului, dilatația anselor intestinale, existența falselor membrane și aspectul lor, sînt elemente de care trebuie să ținem seama și care ne aduc o orientare, dacă nu sigură dar importantă.

De cele mai multe ori peritonita evoluează cu aspect de peritonită generalizată, dar nu sînt rare cazurile în care evoluția merge către o peritonită localizată sub formă de abces subfrenic, sau o colecție în unul din compartimentele cavității peritoneale.

Se întâmplă uneori ca evoluția peritonitei să fie cu totul lentă și nu rareori se pot practica rezecții chiar după 12 ore. În sta-

tistica noastră avem 130 de gastrectomii după 16 și chiar după 18 ore de la început. *Perrachio* (de la Milano) pe 12 rezecții pentru ulcer perforat are 2 cazuri după 20 de ore, fără deces („*Geornale medio dell Alto Adige*” — ianuarie 1937). *A. Volpe*, de la Salerno, afirmă în mai 1960 („*Reforma Medica*” nr. 21), că rezecția este metoda ideală dar numai pînă la 12 ore și niciodată după.

Antibioterapia joacă un rol important în combaterea și chiar în jugularea infecției peritoneale. Utilizarea acestei terapii permite astăzi gastrectomii, sau alte operații de tip radical, într-un număr mai mare de cazuri care au depășit limita celor 12 ore. *Peters*, de la Viena, a practicat de asemenea rezecții între 2 și 18 ore pe 50 de cazuri, cu 5 decese.

Al doilea factor pe care noi l-am considera tot așa de important ca și timpul scurs de la perforație, este starea generală a bolnavului. Justa apreciere a stării generale și a rezistenței organismului, este un element important de succes.

Starea generală însă poate fi precară datorită diferitelor cauze: suferințele anterioare și sechelele unor afecțiuni organice (cardiace, pulmonare, renale, suferințe hepatice sau de altă natură), obezitatea sau alcoolismul, care predispun la complicații uneori imediate și grave. Acestea pot fi cauze de deces chiar dacă timpul de la perforație este relativ scurt și dacă gastrectomia nu a prezentat dificultăți prea mari.

În mod obișnuit tarele organice sînt cu atît mai frecvente cu cît vîrsta este mai înaintată. Fără a fixa o limită precisă, toată lumea chirurgicală este de acord că la vîrste înaintate operațiile mari sînt mai greu suportate și cu atît mai mult o rezecție de stomac la un perforat gastric sau duodenal vîrstnic.

Din fericire, perforațiile G. D. sînt rare după 55 sau 60 de ani, dar autorii vorbesc cu oarecare reținere în ceea ce privește gastrectomia în perforații, chiar după 45 de ani. Astfel, este *Brocq*, care în statistica de care am vorbit, analizează toate aspectele cauzelor de mortalitate și de contraindicații ale gastrecto-

miei. Acest autor fixează limita de partaj a vîrstelor la 45 de ani, dînd ca cifră de mortalitate globală a gastrectomiei 15% înainte de 45 de ani și 25% — deci aproape dublu — după 45 de ani. Dar în aceeași statistică rezultatele suturii, cu sau fără G.E., sînt sensibil asemănătoare : 20% înainte și 43% după 45 de ani. Vom aminti că mortalitatea suturii se datorește și faptului că această operație este aplicabilă și în toate cazurile proaste și chiar depășite.

În starea actuală de lucruri, antibioterapia și reanimarea cresc posibilitățile de succes chiar la vîrste mai înaintate, așa cum se vede și în cazuistica noastră. Din 38 bolnavi operați în vîrstă de peste 60 ani, 10 cazuri s-au pretat la rezecții, cu două decese, în timp ce la ceilalți 28 bolnavi, la care din motive obiective s-a recurs la diverse tipuri de înfundare, mortalitatea a fost foarte ridicată (12 cazuri). Chiar după 55 sau 60 de ani, în cazuri operate precoce și fără suferințe organice, rezecția primitivă rămîne uneori posibilă.

Nu trebuie uitat însă, așa cum arată *J. Calvet* în „Presse Médicale” din ianuarie 1933, că la bătrîni sindromul de perforație este mai lent în a se constitui și exprima, de aceea diagnosticul este cîteodată mai puțin precoce, iar intervenția mai înîrziată.

Este însă sigur că vîrsta înaintată rămîne un factor care trebuie să ne facă mai reținuți în ceea ce privește rezecția pentru perforațiile G.D., chiar dacă starea generală este bună, iar probele de laborator și explorările organice, normale.

Cu ani în urmă ni s-a părut că afirmația marelui chirurg lyonez *Paul Santy*, „Bolnavul are vîrsta care arată și nu aceea care este înscrisă”, de o mare valoare în aplicarea unei metode de terapeutică chirurgicală. Totuși, la vîrste ce trec de o anumită limită, uzura își lasă urmele și chiar dacă bolnavii nu arată și constatările sînt normale, operațiile la acești bolnavi, mai ales dacă sînt laborioase, sînt greu suportate, reacțiunile organismului mai puțin prompte, iar complicațiile mai frecvent posibile.

Așa fiind, peste vârsta de 60—65 de ani, indicațiile gastrectomilor pentru ulcer perforat sînt mai rare, dacă nu chiar complet înlăurate, chiar cu o reanimare dintre cele mai competente.

În această privință, *Judin* spune textual: „Aș face mai degrabă o gastrectomie, chiar după 24 de ore, dacă bolnavul este tînăr și robust. Și, din contra, aș refuza această operație la un bolnav după 45 de ani cu scleroză, cu plămîni suferinzi, chiar dacă l-aș vedea în primele 2—3 ore după perforație”.

Ținem să adăugăm că fixarea vârstei de 45 de ani era făcută de *Judin* înainte de epoca antibioticelor și a reanimării. Însă, în afară de cauze ce în realitate nu se datoresc perforației (vîrstă, tare organice și mai ales alcoolism), starea generală poate fi afectată, uneori foarte repede — chiar înainte de 8—12 ore — de consecințele perforației care pot fi grave, determinate de cantitatea revărsatului digestiv și în special a septicității, care, uneori, poate fi extrem de virulentă.

În general, înainte de 6 ore, de cele mai multe ori după ce fenomenele brutale de perforație cu dureri violente și uneori cu tendințe sau chiar cu aspect de șoc au dispărut, starea generală a bolnavilor rămîne, după cum am mai spus, bună. Avem astfel mai totdeauna, în față un bolnav relativ liniștit, care nu-i dispneic, cu un puls ce nu trece de 70—80 pe minut și de cele mai multe ori afebril, sau cu o stare subfebrilă — 37,4—37,8°. De îndată însă ce pulsul devine mai frecvent și febra crește peste 38°C, dacă mai ales o altă leziune asociată nu explică acest lucru, este evident că fenomenele sînt datorate leziunilor infecțioase din abdomen, cu atît mai mult dacă contractura, inițial epigastrică, se întinde repede către celelalte compartimente ale abdomenului.

Cîteodată leucograma ar putea arăta deja răspunsul general al organismului.

Este drept, în majoritatea cazurilor această reacțiune generală nu se vede înainte de 8—12 ore, dar cu totul excepțional poate fi înînlînită și mai precoce, știind, așa cum arată și *H. Deworze* („Deutsche Zeitschrift für Chirurgie” — noiembrie 1929),

că momentul precis cînd s-a produs perforația este uneori greu de fixat, deoarece durerea nu traduce întotdeauna momentul perforației. Reamintim numai că există perforații fruste, latente, cu o simptomatologie ștearsă, a căror debut este foarte greu de precizat clinic și chiar de diagnosticat în absența pneumoperitoneului.

Ținînd seama de corelația strînsă ce există între evoluția peritonitei și starea generală a bolnavului, sînt chirurghi, ca *Steiger* de la Viena, (*Wiener Med. Wochenschrift* — iulie 1935), ca și *Stocker*, de la Breslau, în 1937, care pun indicația de rezecție orientîndu-se numai după starea generală, neținînd seama de timp, de caracterele perforației și nici de conținutul gastric, apărînd gravitatea după puls, febră, meteorismul abdominal și tensiunea arterială.

Același lucru spun la noi în țară, *Danicico*, *Brînzeu*, *Ștefanovici* și colab., care sînt de părere că ori de cîte ori starea generală este bună, indicațiile rezecției pot fi lărgite.

Cei mai mulți autori, însă, își sprijină orientarea și indicația operatorie după toate criteriile ce pot constitui un element de gravitate.

În ceea ce privește orientarea în Clinica a III-a chirurgicală din Iași, ca și în spitalul Săveni, atunci cînd factori extrinseci nu se opuneau rezecției, elementele luate în considerare ca fiind mai importante sînt: starea generală, timpul scurs de la perforație cît și starea leziunilor peritoneale. Chiar la un bolnav cu o perforație operată precoce și cu starea generală relativ bună, aspectul purulent al conținutului peritoneal, întinderea acestui revărsat mai ales pînă sub diafragm, dificultățile operatorii care ar face ca gastrectomia să fie laborioasă, ne-a făcut să fim mai circumspecți în ceea ce privește rezecțiile în aceste cazuri.

Aceasta ar însemna, ceea ce în realitate este un adevăr, că nu totdeauna există o concordanță perfectă între orarul perforației, starea leziunilor abdominale și starea generală a bolnavului,

aceasta din urmă putînd fi influențată într-o măsură mai mare sau mai mică de vîrstă, tare organice, sau chiar de reacțiuni neașteptate ale organismului.

Așa fiind, credem și sîntem convinși că în alegerea metodei și indicației în tratamentul chirurgical al ulcerelor G. D. perforate trebuie să ținem seama de toți factorii de care am vorbit și i-am analizat în cursul lucrării. Evaluînd acești factori, cînd toți ar fi favorabili gastrectomiei primitive, indicațiile acestei operații după *Mialaret* „*Presse Médicale*” — 1950), ar fi cu precădere în următoarele cazuri :

1. Ulcerele duodeno-pilorice cînd perforația este mare, sau în orice caz cînd depășește mărimea obișnuită (lenticulară) ; sau cînd este înconjurată de o zonă caloasă a cărei sutură prezintă pericole de dehiscență și puține șanse de a vindeca definitiv ulcerul.
 2. Cînd perforația este iterativă.
 3. Cînd bolnavul a prezentat hemoragii, mai ales dacă sînt recente.
 4. Cînd există o certitudine sau chiar o probabilitate de ulcer multiple.
 5. Cînd ulcerul se însoțește de semne clinice și anatomice de stenoză.
 6. Cînd întreaga regiune pilorică este congestivă, roșie, infiltrată, edematiată și sutura prezintă serioase riscuri de dehiscență.
- Și ca o indicație oarecum relativă a gastrectomiei — după același autor — ar fi ulcerule vechi care au rezistat la un tratament medical, mai ales la bolnavi a căror profesie sau mentalitate s-ar acomoda greu la un regim alimentar, ca și la îngrijiri medicale prelungite.

Gastrectomia primitivă are, în aceste cazuri, mult mai multe șanse de vindecare stabilă decît sutura la care se adaugă, desigur, de cele mai multe ori și necesitatea gastrectomiei secundare.

Tot *Mialaret* adaugă că nu este bine de gastrectomizat chiar cînd condițiile generale o permit, iar cele locale ar tenta chirurgul

fiind deosebit de favorabile: ulcerele mici, acute, cu marginile su-
ple, aparent recente, mai ales la indivizi tineri, care n-au avut
suferință prea mare în trecut. Acestea sînt acele ulcere care neper-
forate se pot vindeca medical, iar perforate au toate șansele să se
vindece definitiv după sutură.

Cum totuși — contrar opiniei exprimate — există din cînd
în cînd și ulcere mici, acute, recente, care nu se vindecă după su-
tură, și observate de numeroși chirurgi, clasate de *Moreno-Tina-
jero* în formele grave ale bolii ulcerose, acestea ar fi acele perfo-
rații în care ar fi îndreptățită gastrectomia secundară.

Există și alți autori care gîndesc că ulcerele fără suferință în
care perforația este prima manifestare, ar fi aspectul unei maladii
foarte evolutive, în care gastrectomia imediată ar fi cu totul
indicată (*Carayannopoulos, Dellanoy, Verhaege și Salembier*).

Danico, Brînzeu și Ștefanovici spun — și în experiența
noastră avem destule cazuri — că atunci cînd există, colecțiile
subhepatice nesupurate ca și cantitatea mare de lichid peritoneal
nu contraindică neapărat rezecția.

O problemă delicată este aceea în care perforația ulceroasă
este asociată cu hemoragia. În mod obișnuit, hemoragia precede
perforația cu cîteva ore, sau cu cîteva zile. Este posibil însă ca
hemoragia să se producă simultan (pentru unii această întîmplare
ar fi „sindromul de concomitență” — denumire cu care noi nu
sîntem de acord), sau chiar după perforație.

Dacă perforația se produce la un ulceros cu antecedente he-
moragice repetate și recente, manifestările ar putea fi șterse, du-
rerea și contractura trecătoare, sau absente, ar putea trece neobser-
vate și diagnosticul eronat. Concomitență sau precedînd perfora-
ția, hemoragia lasă un bolnav slăbit, anemiatic, cu o stare generală
pe care perforația o agravează repede. Acești bolnavi vor suporta
mai greu o operație de mare anvergură cum este gastrectomia,
fără o reanimare adecvată.

Pe de altă parte, dacă la un bolnav cu ulcer sîngerînd, care
continuă să sîngereze, se produce o perforație, indicația chirurgi-

cală este categorică și nu vedem că tratamentul medical prin aspiratie ar putea avea vreo eficacitate. Așa cum se exprimă dealtfel și *Maldret*, credem, în aceste împrejurări, că laparotomia exploratoare cu posibilitate de reanimare, este mai frecvent utilă decât periculoasă.

Ilustrăm gravitatea acestor cazuri în observația noastră:

Bolnav de 53 de ani, internat de urgență, cu simptome de peritonită prin perforație ulceroasă. În urmă cu 5 zile face melena și hematemeză iar perforația pare să dateze de 72 ore.

Laparotomia tardivă pune în evidență o perforație pe fața anterioară a D1, mare, cu margini scleroase, toată cavitatea gastrică și duodenală plină cu cheaguri, iar lichidul peritoneal purulent și hemoragic. Nici o altă leziune asociată care să explice hemoragia. Sutura după excizie și drenaj larg. Cu toată reanimarea și fără să se repete sîngerarea, deces după 3 zile, prin șoc toxicoseptic. Este evident un caz depășit.

Originea hemoragiei fiind mai rar ulcerul perforat, de cele mai multe ori vine dintr-o leziune asociată, fie ulcer cu altă localizare, fie o gastrită hemoragică.

Sutura, care n-ar putea influența hemoragia, nu poate fi indicată. Gastrectomia cu extirparea leziunii este singurul tratament logic, sau cel puțin un gest chirurgical de hemostază în focar. Și chiar atunci când hemoragia este la nivelul perforației, ceea ce se întâmplă mai ales în ulcerele mici curburi, sutura nu asigură totdeauna hemostaza definitivă. Hemoragia se poate reproduce uneori repede, prin dehiscență, altelei ceva mai târziu prin ulcerul care continuă să evolueze.

Avînd deci puține șanse să înlăture cauza hemoragiei, sutura nu poate fi indicată decât atunci când orice altă operație cu scop radical nu ar putea fi efectuată, iar dacă în cazul unei suturi a perforației avem suspiciunea că hemoragia are alt sediu și va continua, hemostaza prin toate mijloacele medicale cunoscute și posibile va fi indicată și încercată, dacă bineînțeles o operație directă asupra focarului hemoragic (excizie, ligatură vasculară în focar, eventual gastrectomie) nu s-a efectuat.

Dealtfel, într-o hemoragie concomitentă cu perforația nici cealaltă operație cu scop radical, vagotomia cu derivație, nu are indicație, o operație care extirpă leziunea, sau una de hemostază în focar fiind totdeauna necesară.

Gastrectomia de urgență în ulcerul perforat pune nu numai probleme de indicație ci și de execuție. Serviciul de chirurgie trebuie să fie dotat pentru asemenea operații cu tot ce este necesar. Chirurghul trebuie să stăpânească tehnica, pentru că în astfel de împrejurări nici timpul lung de execuție, nici tehnica lipsită de precizie și de rigurozitate, nu sînt în favoarea unui operat care pune probleme vitale. Pentru începători prudența este recomandabilă.

Anestezia va fi adecvată și ajutoarele competente și de calitate, iar posibilitățile de reanimare cît mai complete.

Uneori, gastrectomia de urgență în ulcerele perforate poate fi ușoară. Edemul favorizează disecția, în special a duodenului; dar în perforațiile iterative operația poate fi laborioasă, sîngerîndă și grea. Întinderea rezecției pe stomac, trebuie să se execute în țesuturi cît mai sănătoase, fără edem și infiltrații. Posibilitățile de desfacere a suturilor și fistulele sînt citate chiar dacă noi nu le-am avut niciodată.

Fistulele duodenale sînt de asemenea posibile, dacă înfundarea bontului este defectuoasă sau dacă ulcerul mai departe de pilor, nu a permis o secțiune în țesuturi normale sau o sutură excutată în bune condițiuni. Se înîlnesc uneori fistule duodenale tardive, cum a fost cazul unui medic chirurg, operat la 8 ore după debut, cu gastrectomia executată corect, dar cu edem infiltrativ al peretelui duodenal și cu vechi proces de pancreatită cronică. Fistula s-a produs la 3 săptămîni de la operație, cînd drenajul era suprimat de mult, firele scoase și nici o manifestare nu făcea să credem în posibilitatea unei complicații.

Problema restabilirii continuității digestive, după rezecția ulcerelor perforate, nu este lipsită de interes. Dacă pentru ulcerele gastrice refacerea continuității după Pèan este aproape în-

tordeauna posibilă, pentru ulcerele pilorice și cele duodenale această tehnică rămîne discutabilă. Peretele duodenal poate fi infiltrat, perforația cîte o dată poate fi o veritabilă pierdere de substanță, încît nici calitatea țesuturilor și nici cantitatea de stofă necesară, nu fac posibilă anastomoza gastro-duodenală și se va recurge la o altă modalitate de refacere a tubului digestiv.

În Clinica a III-a chirurgicală din Iași nu s-a practicat decît o singură dată anastomoza Pëan în ulcerul duodenal perforat, în timp ce în alte servicii practica, poate prea frecventă, acestei operații, a produs nu numai tulburări de tranzit ci și dehiscențe urmate de fistule. Cîteva din acestea au fost tratate în serviciul nostru, din care una (dehiscență totală) mortală.

De asemenea, este de luat în considerație dificultatea unui tratament chirurgical radical în ulcerele perforate situate în imediata vecinătate a cardiei. Cu totul excepțional înțîlnite, aceste perforații prezintă dificultăți de obturare prin sutură sau prin rezecția micii curburi gastrice, care ar putea strîmtoarea deschiderea esofagului în stomac, iar dintre operațiile radicale, gastrectomia totală sau gastrectomia polară superioară ar putea fi adesea laborioase, anastomoza esofago-gastrică fiind mult mai predispusă dehiscenței și fistulizării decît orice altă sutură pe tubul digestiv.

Incontestabil că aceste operații nu ar avea indicații decît cu totul excepționale și executate în condiții tehnice perfecte și pe bolnavi rezistenți, care ar îndeplini toate condițiile pentru aplicarea acestor intervenții. Nu trebuie uitat că o astfel de operație ar putea necesita chiar toraco-freno-laparotomia.

În literatura ce am putut controla, n-am înțîlnit cazuri cu astfel de operații pentru ulcerul perforat, decît doar amintite ca posibile. În ceea ce ne privește însă, ni se pare cu totul disproporționat o gastrectomie totală pentru o leziune ulcerosă chiar dacă este perforată și sus situată.

Ni s-ar părea mult mai judicios o aspirație care, dacă ar fi efecace, s-ar putea temporiza cazul pînă cînd condițiile schimbate ar permite operații radicale executate în plină securitate, iar în

cazul unei aspirații ineficace, o sutură executată pe o sondă esofagiană de calibru mai mare, ar permite eventual vindecarea perforației și, dacă ar fi necesar, o operație radicală executată în al doilea timp.

Vagotomia. De îndată ce principiul unei operații făcute în scop radical în tratamentul perforațiilor ulcerose a fost acceptat și aplicat de majoritatea chirurgilor, cel puțin din Europa, era natural ca atunci când a apărut un alt tratament cu pretenții de radicalitate în ulcerul duodenal, în afară de gastrectomie, acest tratament nou să fie încercat și în ulcerul duodenal perforat.

În această privință, o discuție largă a avut loc la Academia de Chirurgie din Paris, în mai și octombrie 1961, cu scopul de a se fixa locul vagotomiei cu derivație în tratamentul ulcerului duodenal perforat. La această discuție au participat : *J. Hutinel, S. Blondin, Lortat-Jacob, R. Soupault, Lagrot J. Meillère, R. Anrousseau și G. Sauvé*, concluziile fiind trase de *J. Mialaret*.

Înainte de a discuta problema vagotomiei ca tratament al perforațiilor ulcerose, considerăm necesar să precizăm câteva lucruri.

Este adevărat că vagotomia, la care se asociază un mijloc de derivație (piloroplastie, antro-duodenostomie sau G.E.), a fost utilizată aproape exclusiv pentru tratamentul ulcerului duodenal. Indicațiile acestei operații, afară de localizările joase ale ulcerului care făceau gastrectomia periculoasă, erau precizate prin studiul minuțios al acidității gastrice (probă la histamină prin care se evalua aciditatea antrală și tubajul nocturn sau proba la insulină, care evalua aciditatea vagală). Vagotomia era indicată ori de câte ori predomina activitatea vagală, iar la predominanța histaminică era necesar ca la vagotomie să se asocieze o duodenoantrectomie, această operație fiind mai redusă, mai puțin întinsă ca gastrectomia clasică care era considerată gastrectomie largă, două treimi din stomac.

Așa cum arată *A. G. Weiss* și *Hollender*, opinia clasică este că în ulcerul gastric există totdeauna o predominanță histaminică, de aceea o bună perioadă de timp vagotomia s-a efectuat doar pentru ulcerul duodenal.

În ulcerele perforate aceste probe nu sînt realizabile, studiul acidității nefiind astfel posibil, acest lucru fiind dealtfel ușor de înțeles. Am fi deci, teoretic, lipsiți de preciziunea fizio-patologică a indicației vagotomiei. Urmează de aici, dacă totuși unii o practică sistematic, să aibă convingerea că această operație ar fi eficace în toate ulcerele duodenale. Această credință nu este unanimă. Unii chirurgi, printre care ne situăm și noi, sînt convinși de eficacitatea vagotomiei în vindecarea ulcerului duodenal și s-ar putea practica cu destulă regularitate, dacă nu am ține seama și de alte inconveniente. Prin urmare, din punct de vedere al vindecării ulcerului, vagotomia ar fi îndreptățită și în perforațiile ulcerose.

Pe de altă parte se știe că, ulterior, unii chirurgi, chiar *Dragstedt*, au preconizat vagotomia chiar în ulcerele gastrice, cu rezultate interesante și cu vindecări ce merită a fi luate în considerație.

Astfel fiind și cunoscîndu-se eficacitatea incontestabilă a vagotomiei în ulcerele duodenale, chiar dacă unele recidive sau unele ulcere peptice în derivațiile cu *G. E.* se citează, vagotomia a intrat în arsenalul terapiei chirurgicale nu numai a ulcerului duodenal cronic ci și al celui perforat. Autorii deja citați prezentau nu numai succese, dar au constatat cu satisfacție că și în ulcerele perforate ca și în cele cronice, accidentele vagotomiei erau rare, puțin grave și se limitau în pareze gastrice puțin severe, trecătoare la aspirație și echilibrare. Erau citate, de asemenea, diarei fără gravitate. *Lortat-Jacob* atrăgea atenția asupra refluxului gastro-esofagian posibil și chiar a esofagitei peptice, atunci cînd pentru secțiunea vagilor se diseca prea larg hiatusul esofagian. După astfel de disecții este necesar ca hiatusul să fie refăcut și fixat unghiul lui *His*.

În privința eficacității vagotomiei în ulcerele duodenale, statisticile americane, în special *Weinberg*, aduceau rezultate favorabile pe statistici mari. Pentru a evita consecințele eventuale ale vagotomiei tronculare (gastrice, pancreatice, veziculare, sau intestinale) s-au preconizat vagotomii parțiale, așa-numita vagotomie selectivă și, ceva mai modern, vagotomia supraselectivă.

În ceea ce privește aplicarea vagotomiei în tratamentul ulcerului perforat credem că sînt necesare unele precizuni.

În primul rînd, nu putem considera vagotomia făcută după vindecarea perforației prin aspirație sau prin sutură ca un tratament al ulcerului perforat propriu-zis. Întîlnim astfel de cazuri publicate de *J. Hutinel* și *R. Soupault*, în „Mem. Acad. de Chir.”, Paris, ședința din 10 mai 1961, pp. 454—456. Primul a făcut vagotomia la 12 zile după aspirație din cauza suferinței în continuare a bolnavului, cît și a unui tranzit duodenal defectuos. Al doilea a făcut operația *Dragstedt* la 6 luni după drenajul unei colecții subfebrile și sutura perforației.

Acestea sînt desigur vagotomii, făcute însă în al doilea timp, cînd ulcerul nu mai este perforat, iar perforația este deja vindecată. Este deci o operație care, ușoară sau grea, precoce sau tardivă, e făcută pentru ulcer cronic care în cursul evoluției a făcut diverse complicații, dintre care perforația a fost tratată deja prin alte metode, ceea ce nu este același lucru cu a aplica o operație cu pretenții de radicalitate într-o complicație acută cum este perforația, cu atîtea consecințe posibile.

Executată în cursul accidentului acut, vagotomia se adresează și vindecă în orice caz ulcerul — deși nu imediat — dar nu perforația. Este deci absolut necesar ca perforația să fie suturată sau obturată printr-un mijloc oarecare, și această obturare trebuie să fie cît mai bună posibil, deoarece derivația asociată vagotomiei nu începe a funcționa imediat, iar pareza și staza gastrică posibilă ar putea forța sutura perforației. Considerăm deci aspirația gastrică postoperatorie necesară, chiar în cazurile în care pareza după vagotomie nu-i prea accentuată.

Este greu de spus dacă efectuarea imediată a vagotomiei după închiderea perforației ar putea avea un efect favorabil asupra cicatrizării suturii, care în țesut cartonat sau în plină leziune ulceroasă ar putea duce la dehiscență. Se cunoaște însă, din cazurile neperforate, că vagotomia duce imediat la liniștirea leziunii ulceroase, nu numai prin suprimarea durerii, ci și prin oprirea evoluției ulcerului care treptat ar ajunge la vindecare.

Soupaull afirmă că procesul ulceros este oprit în câteva ore după vagotomie. S-a susținut totuși că n-ar fi exclus ca, până la vindecarea ulcerului după vagotomie, să se producă perforații sau hemoragii. Autorul citat mai sus crede această posibilitate excepțională. Nici noi nu o credem posibilă decât în vagotomiile incomplete, care nu au acțiune categorică și imediată asupra procesului ulceros.

Dealtfel, perforație sau hemoragie înseamnă, în enorma majoritate a cazurilor, ulcer în evoluție. Una din calitățile majore ale vagotomiei bine făcute, în afară de modificarea acidității, este liniștirea, oprirea în evoluție a ulcerului.

Vagotomia scade mult riscul apariției ulcerului peptic după G. E. și această din urmă operație intră frecvent în necesitățile obligatorii de derivație ale vagotomiilor, chiar dacă sutura perforațiilor nu a necesitat neapărat o G. E.

Nu s-a propus vagotomia ca tratament de elecție în ulcerul peptic postoperator după o G. E. făcută inițial fără vagotomie? Totuși vagotomia nu înlătură complet riscul ulcerului peptic postoperator și se pare, după unele statistici, că acest procent de ulcere peptice după vagotomie este mai mare decât al rezecțiilor de stomac, care, și după părerea noastră, este operația care dă cel mai scăzut număr de astfel de leziuni în urmările postoperatorii.

La toate cele peste 3500 de rezecții pentru ulcer făcute în Clinica a III-a chirurgicală nu am avut nici un ulcer peptic, nici pentru ulcerele cronice, nici pentru cele perforate, doar dacă bolnavii s-au internat și operat în altă parte, iar noi nu am aflat niciodată de existența lor. Cea mai mare parte din acești bolnavi

au putut fi urmăriți ani îndelungați, fără a semna vreun ulcer peptic.

Un fapt interesant îl semnalează *Weinberg* care pe un număr de bolnavi reexaminați după vagotomie cu G. E. găsește că 60% din 175 de bolnavi, după 5 ani de la operație, au un ulcer peptic și, mai mult decât atât, numai la 10% din aceștia vagotomia s-a dovedit a fi incompletă. Este evident deci că ulcerul peptic are mecanisme multiple și necunoscute.

Din punct de vedere al gravității nu putem considera secțiunea vagilor care completează tehnic o sutură cu G. E. — *Turai* începe această secțiune înainte de a executa sutura — mult prea gravă, dacă nu este vorba de condiții anatomice neobișnuite : obezitate, aderențe prin leziuni în vecinătatea cardiei, sau operațiuni iterative. În mod obișnuit, se consideră pe drept vagotomia cu G. E. sau cu piloroplastie mai puțin laborioasă, mai puțin gravă ca o gastrectomie de dificultate mijlocie. Se admite, în general, că o vagotomie cu derivație va avea mai puține șanse de a agrava starea unui bolnav cu ulcer perforat decât o gastrectomie 2/3. Ori de câte ori credem necesar să o practicăm, se execută mai întâi secțiunea vagilor înaintea sau după sutura perforației și apoi se va trece la derivație.

Ținând seama de considerațiile de mai sus, vagotomia cu derivație și mai ales cu G. E., sau cu antrectomie, a fost un timp aplicată larg în terapia ulcerelor G. D. perforate. *M. Roux*, la Academia de Medicină din Paris (7 dec. 1971 — nr. 22—23, pp. 823—830), sprijinindu-se pe un număr de peste 1050 observații culese de *Vayre* și amintind evoluția ideilor asupra perforațiilor G. D. ulcerose trage următoarele concluzii :

1. Aspirația G. D. (*Taylor*, 1946) este o metodă adesea insuficientă ca metodă de tratament a perforației, fiind însă foarte utilă ca element de reanimare și de pregătire a bolnavilor.

2. Sutura simplă a perforației își păstrează locul, ținând seamă de anumite condiții, orar, teren, fiind aplicată când este necesar să limiteze gestul terapeutic chirurgical.

3. Sutura simplă nu vindecă însă ulcerul decât într-un număr restrâns de cazuri. Ulcerul evoluind, o operație complementară este necesară. În măsura în care aceasta nu agravează mortalitatea imediată și nici morbiditatea, se va executa în același timp cu sutura.

4. Este greu de ales între gastrectomie și vagotomie, controversele existând chiar pentru chirurgia la rece a ulcerului G. D.

Pentru *M. Roux*, vagotomia, prin simplitate, eficacitate și benignitatea sa, trebuie considerată ca operație indicată atunci când intervenția este precoce, la câteva ore de la perforație, gastrectomia păstrându-și indicațiile în ulcerele gastrice sau când sutura nu este posibilă.

În schimb, *Jean Perrotin* (Acad, Chir. Paris, 15 febr. 1961), crede vagotomia fără pericol dar spune că gastrectomia rămâne tratamentul de ales. Indicațiile vagotomiei rezultă din contraindicațiile gastrectomiei. După acest autor vagotomia este de preferat la indivizi foarte tineri, la vârstnici înaintați, la ulcerele situate astfel încât gastrectomia nu poate fi efectuată decât cu mari riscuri, la cei cu tare organice sau cu stare generală alterată.

În ceea ce ne privește sîntem în deplin acord cu afirmațiile lui *Perrotin* considerînd, ca și acesta, că totuși vagotomia ocupă un loc important în tratamentul ulcerului G. D. cu aplicație și în ulcerul perforat.

De asemenea, *Roux* înclină pentru excizia ulcerului cu piloroplastie, ca operație asociată vagotomiei.

Ceea ce este puțin surprinzător în aceste concluzii, este faptul că în iunie 1962, la Academia de Chirurgie din Paris, tot *M. Roux* este printre primii care comunică accidente grave după vagotomie pentru ulcer duodenal cronic.

Aceste accidente nu au rămas izolate și, în același an și în același for, *Olivier, Mattei, Calvet, Béchet* și *Hepp*, iar îna-

intea lor *Démirleau*, *Souppault* și *Mouton* au prezentat cazuri de accidente grave după vagotomie, din care unele s-au soldat cu moarte, iar altele au necesitat reintervenție cu restabilirea unei noi derivații, sau chiar rezecție. Alteori, reintervenția s-a făcut numai în scop de precizare a unui diagnostic îndoielnic.

Aceste accidente constau nu numai într-o parază gastrică accentuată și persistentă care poate dura uneori timp îndelungat după vagotomie, ci și într-o veritabilă plegie, de cele mai multe ori gastrică, alteori gastrică și jejunală (*M. Bèchet*). Bolnavii aveau o distensie gastrică enormă, uneori impresionantă (*Roux*), și, mai rar, această distensie cuprindea atât stomacul cât și jejunu-ileonul până la valvula ileocecală. Atonia gastrică nu permitea evacuarea substanței baritate zile întregi, bolnavii pierdeau lichide prin vărsături, nu putea ingera și ajungeau repede la grave tulburări hidro-electrolitice. Alteori fenomenele se însoțeau de diarei impresionante, veritabil choleriforme (*Perrotin*).

Aceste fenomene au surprins, avînd în vedere numeroasele cazuri de vagotomie cu G. E. sau cu piloroplastie deosebit de favorabile publicate pînă atunci.

Explicația acestora era atribuită unui dezechilibru hidroelectrolitic recunoscut tardiv și insuficient compensat, reanimarea în aceste cazuri fiind începută cînd fenomenele clinice cu astfel de tulburări erau deja alarmante. Dealtfel, toate cazurile vindecate sînt datorate unei perfecte și minuțioase reechilibrări hidroelectrolitice cît și aspirației continue.

În orice caz, se consideră de toată lumea (*Weiss*, *Holender*, *Mialaret*, *Lortat-Jacob*, *Calvet*, *Olivier*, *Pérotin*) necesitatea riguroasă a aspirației și a reanimării minuțioase, adaptată controlului clinic și de laborator, la toți operații cu vagotomie.

Nu este greu de înțeles, credem, că aceste accidente puteau fi poate chiar mai frecvente și mai grave în vagotomiile pentru ulcerele duodenale perforate. (Unul din cazurile noastre este ilustrativ).

Bolnav de 20 de ani, operat după 12 ore de la perforație, cu stare generală relativ bună, puls 86, T.A. 12—6,1/2, dar aspectul lichidului peritoneal lăș de peritonită incipientă, care cuprinde etajul inferior abdominal, cu tendință de ascensivitate.

Se practică înfundarea perforației, dublă vagotomie tronculară și G. E. foarte declivă, drenaj în Douglas și subhepatic.

Cu tot tratamentul susținut, la 48 ore de la intervenție starea generală se alterează brutal și apar fenomene de colaps, care se redresează la o terapie deosebit de intensivă și reechilibrare. Persistă însă o importantă distensie abdominală, tranzitul digestiv nu se restabilește, se instalează o stare de agitație iar radiologic puternică distensie aerică a anzelor intestinale și câteva mici nivele hidroaerice. Ionograma nu arată decât deficit potasic. Cu toată aspirația digestivă și reechilibrarea, distensia se accentuează și fenomenele iau un caracter ocluziv.

La reintervenție — a zecea zi după prima operație — se constată fenomene de peritonită plastică, numeroase false membrane și pe alocuri cantități mici de lichid sero-purulent în care s-a găsit floră asociată predominând colibacili și streptococ. Ansele subțiri puternic destinse, de culoare roșie-violacee. Aderențele se desfac relativ ușor dar intestinul este extrem de friabil și edematizat. Gura de G. E. permeabilă, ansa eferentă de aspect normal, sutura perforației în bune condițiuni. Pe ansa eferentă, la circa 30 cm de G. E., se găsesc câteva perforații jejunale care necesită o rezecție de intestin de circa 1 metru, cu anastomoză termino-terminală. Pe partea terminală a intestinului subțire se găsesc încă două perforații lenticulare care sînt înfundate cu relativă ușurință.

Macroscopic, în afara perforațiilor se constată multiple ulceratii pe intestinul subțire, destul de întinse, în diverse stadii evolutive, unele din ele atingînd seroasa. Microscopic, în jurul perforațiilor și la nivelul ulceratilor mucoasei fenomene de congestie intensă și tromboze intracapilare cu puternice infiltrații leucocitare, predominînd euzinofilele.

Evoluția ulterioară lentă, starea generală se reface încet, a patra zi face o fistulă ileală care totuși se închide spontan și vindecarea se produce, rămînînd o eventratie importantă.

Avînd în vedere operația inițială relativ tardivă și mai ales aspectul peritoneal al lichidului și al leziunilor anatomo-patologice, ne-am reproșat că nu ne-am limitat numai la sutură și drenaj.

Cît priveşte rolul ce l-ar fi putut avea vagotomia tronculară în producerea perforaţiilor, este ceva mai greu de demonstrat, cu atât mai mult cu cît bolnavul a fost operat în plină peritonită. Existenţa perforaţiilor diastazice ale intestinului sînt citate şi cunoscut. Nu ştim însă pînă în prezent dacă cineva a avut ocazia şi posibilitatea să controleze starea mucoasei intestinale în acele diarei choleriforme, unele foarte rebele, ce apar cîteodată după vagotomie tronculară. Nu ar fi exclus ca în aceste enterite grave să existe şi leziuni ulcerative, care din fericire nu sînt obligate să perforeze întotdeauna. Dealtfel, datorită acestor accidente, vagotomia este tronculară, a mai pierdut ceva din teren, fiind aplicată mai rar în ulcerele perforate, iar vagotomia selectivă şi supra-selectivă nu au fost aplicate pe scară largă, pentru perforaţiile G. D., *spre a se putea trage concluzii.*

Pe statistica ce o prezentăm s-au făcut pentru ulcerele duodenale perforate 13 vagotomii tronculare cu G. E. şi 3 vagotomii cu excizia perforaţiei şi piloroplastie. Nu s-a înregistrat decît o complicaţie deja citată, şi nici un deces.

Am preferat întotdeauna, ca mijloc de derivaţie după vagotomie, G. E. şi am practicat piloroplastia numai în cazurile cînd ulcerul putea fi excizat.

Am utilizat mai puţin piloroplastia ca mijloc de derivaţie după vagotomie şi pentru unele dificultăţi de evacuare (chiar cînd piloroplastia era făcută după Weinberg, adică secţiunea longitudinală de 3 cm. pe duoden şi 5 cm. pe stomac) care însă ulterior s-au amendat, cît şi pentru sutura acestor piloroplastii care deformează uneori regiunea antro-pilorică, lăsînd la extremităţi două funduri de sac ce ni s-au părut şi inestetice şi nepotrivite.

Din discuţiile în diferite foruri şi societăţi asupra acestor accidente ale vagotomiei reieşeau şi unele contraindicaţii în ceea ce priveşte vagotomia tronculară, insistîndu-se cu precădere asupra stenozei pilorice. De asemenea, accidentele vagotomiei sînt mai frecvente cînd e asociată cu o derivaţie decît după vagotomie cu antrectomie. *Lortat-Jacob* crede chiar, şi aceasta este şi părerea

noastră, că în restabilirea continuității după vagotomie, anastomoza gastro-duodenală este mai puțin indicată.

În experiența noastră anastomozele *Péan* sînt uneori, mai ales cînd gura este puțin largă, urmate de fenomene de stază și de dificultăți de evacuare pe care vagotomia le poate accentua.

În schimb, vagotomia pentru ulcerele peptice, atunci cînd este făcută în cazul unei derivații efectuate cu mai mult timp înainte, este mai bine suportată, ca și cum stomacul s-ar fi obișnuit cu anastomoza (*Mialaret*).

Este necesar să amintim că la reintervențiile făcute uneori pentru astfel de complicații grave ale vagotomiei citate de noi mai sus, nu s-a găsit niciodată obstacol mecanic, gura de anastomoză fiind totdeauna permeabilă. *R. Soupault*, raportează la Acad. de Chir. Paris, (10 oct. 1962) un caz al lui *Henrion* din Belgia în care tulburările de tranzit au necesitat o intervenție care n-a găsit obstacol și la care ulterior a obținut rezultate satisfăcătoare cu perfuzii de prostigmină.

În alte observații nu predomina neapărat dilatația gastrică, stomacul fiind inert, cartonat, și lipsit de vitalitate (*Mattei* — Acad. de Chir. Paris, 1962).

Calitatea terenului în aceste accidente nu pare de neglijat, iar *M. Roux*, tot în legătură cu aceste tulburări care denotă o creștere excesivă și anormală a acțiunii sistemului nervos vegetativ simpatic, sugerează necesitatea de a avea un test permanent ca să putem aprecia tendința indivizilor la hipersimpaticotonie înainte de a practica o vagotomie.

În Clinica a III-a chirurgicală din Iași nu s-a practicat vagotomia tronculară pentru ulcerul duodenal decît în ulcerele foarte jos situate (post-bulbare), în care rezecția ar fi periclitat căile biliare sau papila. De asemenea, a fost practică cînd leziunea ulceroasă forma o tumoră inflamatorie a cărei disecție ar fi avut dificultăți și pericole, cît și pentru un caz de ulcer perforat acoperit, operat tîrziu. Nu s-a practicat sistematic controlul acidității, iar urmările imediate și tardive au fost întotdeauna foarte bune și

bune. În două cazuri am constatat „de vizu” dispariția ulcerului după vagotomie, cu ocazia unor reintervenții pentru alte afecțiuni.

Nu am recurs mai frecvent la *Dragstedt*, deoarece rezultatele noastre bune cu gastrectomia largă — fără a fi excesivă — se ridicau până la peste 90% și sîntem convinși că gastrectomia este operația cea mai sigură în tratamentul ulcerului gastric și duodenal, în primul rînd pentru că extirpă de cele mai multe ori leziunea. Nu am fost niciodată partizani ai gastrectomiei pentru excludzie și am înlocuit-o cu vagotomia la care am asociat destul de frecvent G. E. și am practicat mai rar vagotomie cu antrectomie. Considerăm însă această din urmă operație tot așa de favorabilă în tratamentul ulcerului gastro-duodenal ca și rezecția; în realitate antrectomia fiind o rezecție mai puțin întinsă, iar asociată cu vagotomia evită acele ulcere peptice de care este acuzată gastrectomia simplă mai puțin lărgită.

În experiența noastră, pe măsură ce aceasta a crescut, suferințele post-gastrectomiei au devenit tot mai rare și sîntem convinși că o gastrectomie bine executată și nu excesiv de largă, nu este urmată decît excepțional de sindroame dispeptice, iar dacă acestea totuși apar, adaptarea le face să dispară repede.

În altă ordine de idei și în perfect acord cu *Lortat-Jacob*, deși în general vagotomia tronculară este denumită operație fiziologică, nu sîntem de părere că poate fi numită astfel.

Cum ar putea fi numită fiziologică o operație care secționează două din cele mai importante trunchiuri nervoase ale organismului și care are atît de frecvent răsunet asupra funcției stomacului, veziculei biliare, pancreasului și intestinului subțire? Dovada incontestabilă sînt tulburările de tranzit uneori persistente, nemai-vorbind de accidente grave. Așa cum afirmă *L. René*, chiar în rezultatele clinice perfecte există adesea după vagotomie perturbări biologice importante: scăderea protidelor ca și a hemoglobinei circulante, iar alteori o scădere a volumului sanghin, modificări pe care examenele obișnuite nu le pun în evidență.

Ținînd seama de rezultatele practice publicate în „British Medical Journal”, din 1972, pe 192 bolnavi operați cu vagotomie tronculară și piloroplastie și comparînd rezultatele acestei serii cu seriile anterioare operate cu alte tehnici, *J. C. Golier, C. N. Pulvertaft, T. T. Irwin, D. Johnston, B. Walker, R. A. Hall, J. Willson-Pepper* și *T. S. Matheson* trag următoarele concluzii : diareele severe care se observă uneori după vagotomiile tronculare asociate cu o derivație, sînt mai rare după gastrectomie. De asemenea, recidivele ulcerose, probate la reintervenție, sînt semnificativ mai ridicate după vagotomie cu piloroplastie decît după vagotomie cu antrectomie sau după gastrectomie, iar numărul intervențiilor nesatisfăcătoare, determinînd o jenă în viața pacienților, cuprinzînd și recidivele ulcerose, sînt de 14% în seria vagotomiilor și numai de 6% în seria pacienților gastrectomizați.

Cu toate posibilitățile unor sechele, autorii mai sus citați sînt categoric înclinați către gastrectomie, iar atunci cînd se recurge la vagotomia tronculară, recomandă, ca derivații G.E., care ar expune mai puțin la ulcerele peptice decît piloroplastia.

În aceeași ordine de idei, la începutul practicii vagotomiei tronculare, ni se părea că deschiderea peritoneului hiatal și disecția tesutului celular din hiatus și periesofagian ar putea fi periculoasă în perforațiile ulcerose cu peritonită, putînd propaga infecția și duce la supurații mediastinale. Lucrul nu s-a dovedit a fi întemeiat și *Mialaret*, care face aceeași remarcă, nu a observat așa ceva nici în cazurile personale, nici în statisticile americane pe care le-a controlat.

În schimb, unul din asistenții clinicii a practicat o singură dată o vagotomie tronculară cu sutura perforației și G.E. în bune condițiuni tehnice la un bolnav tînăr, care ulterior a făcut o serie de tulburări digestive, mai ales jejuno-iliale. Bolnavul a necesitat o reintervenție, la care s-au constatat leziuni ulcero-perforative pe traiectul intestinului, consecutive vagotomiei cu G.E. pentru ulcer perforat. Observația a fost deja citată. Acest caz a contribuit să accentueze și mai mult reținerea noastră de a practica vagotomie

trunculară în ulcerul perforat mai ales că infecția peritoneală — chiar atenuată — s-ar putea adăuga ca factor în plus la determinarea paraliziei gastrice și intestinale provocată de secțiunea vagilor.

Tulburări severe după vagotomia trunculară se observă ori-care ar fi derivația la care se recurge, atât după G. E. cât și după piloroplastie. Astfel, *Christiansen, Hansen și Pedersen* au fost nevoiți să procedeze la fel și au publicat în „British Journal of Surgery” nr. 7 din iulie 1974, 5 cazuri de diaree grave și dumping sindrom după vagotomie cu piloroplastie, la care au obținut ameliorări importante prin reconstrucția chirurgicală a pilorului.

În serviciul Clinicii a III-a chirurgicale, vagotomia cu antrectomie ne-a dat cele mai puține tulburări post-operatorii și a fost totdeauna bine suportată de bolnavi, chiar atunci când ulcerul foarte joase ne obligau la antrectomie pentru excludie, ulcerul rămânând astfel pe loc. Sîntem convinși că vagotomia contribuie cu multă eficacitate la vindecarea ulcerului pe care sîntem nevoiți să-l lăsăm pe loc, ceea ce nu se întâmplă întotdeauna în rezecția simplă pentru excludie fără vagotomie.

Pentru a putea fi denumită o operație fiziologică ar trebui ca vagotomia să respecte și să răstreze fiziologia normală. În realitate, vagotomia vindecă ulcerul nu păstrînd fiziologia normală, ci provocînd o schimbare a fiziologiei, o abatere de la normal, care nemaifiînd propice dezvoltării și evoluției ulcerului, acesta dispare, iar cînd aceste condiții reapar, ulcerul poate recidiva. Așa s-ar explica recidivele ulcerose mai frecvente după vagotomie decît după gastrectomie.

Am practicat, ori de cîte ori a fost cazul, vagotomie trunculară cu gastroenterostomie în ulcerile duodenale joase postbulbare și cu mari dificultăți de disecție, renunțînd la gastrectomia pentru excludie.

Dacă, așa cum spune *Turai*, vagotomia cu antrectomie este și ea periculoasă în ulcerile duodenale cu fenomene inflamatorii și dificultăți de închidere a bontului, noi am practicat-o cu relativă

ușurință în ulcerele duodenale joase, cu o porțiune suficientă de duoden normal deasupra leziunii, pentru a reuși o înfundare sigură. Ar fi în realitate tot o gastrectomie pentru excludie la care s-a adăugat o vagotomie. Este, după părerea noastră, o operație mai logică și cu mai multe șanse de vindecare a ulcerului decât gastrectomia largă pentru excludie fără vagotomie. *Carablon* și colab. (1972) adoptă aceeași poziție.

La discuția ce a avut loc la Acad. de Chir. din Paris, în 1965, împreună cu Royal College of Surgeon of England, *Edelmann*, pe 50 de perforații duodenale, în 3 ani, a practicat 21 vagotomii fără nici un deces dar cu două complicații severe. Unul cu dilatație gastrică enormă și un altul cu ocluzie precoce și desfacerea piloroplastiei. Ambele au necesitat reintervenții și s-au vindecat după hemigastrectomie cu anastomoză jejunală, iar auturul, fiind oarecum surprins de frecvența complicațiilor vagotomiei cu piloroplastie în ulcerul perforat, crede că iritația tunicelor digestive de către revărsatul peritoneal crește riscul gastroplegiei în acest fel de operație și că sururile în țesut inflammat fac mai puțin solidă piloroplastia.

Norman C. Tanner, de la Londra, în aceeași ședință (30 iunie 1965), spunea că atât vagotomia cât și gastrectomia, fiind operații cu scop curativ, pot fi utilizate în tratamentul ulcerului peptic cât și a celui duodenal.

A fost o perioadă de timp în care lumea chirurgicală era înclinată, în tratamentul ulcerului duodenal, mai mult spre vagotomie. Avînd însă în vedere procentul relativ ridicat de recidive ulcerose în comparație cu gastrectomia și că este dificil de a evita efectele secundare ale vagotomiei, cei mai mulți chirurghi au rămas favorabili gastrectomiei.

În experiența Clinicii a III-a chirurgicale din Iași, afară de observația citată anterior nu au fost niciodată accidente grave după vagotomia tronculară, nici pentru ulcerele perforate și nici pentru ulcerele cronice unde experiența noastră este mult mai mare.

Credem că aceasta se datorește faptului că derivația asociată vagotomiei a fost de cele mai multe ori o G.E.A. largă, făcută aproape de pilor pe marea curbură gastrică.

De asemenea, avem impresia destul de categorică, privind pa-rezele și distensiile digestive post-vagotomic, că acestea sînt mai accentuate și mai persistente atunci cînd trunchiurile vagale sînt rezecate pe o întindere mare.

În ultimul timp ne-am limitat la o rezecție de cel mult 1—1,5 cm.

Ajunși la sfîrșitul criticii și argumentării comparative a metodelor de tratament în ulcerele G.D. perforate, credem că din aceste rînduri s-a desprins destul de clar că înclinarea noastră este pentru gastrectomia primitivă în ulcerul perforat, ori de cîte ori este posibilă și cînd nici un factor cunoscut nu o contraindică.

A vindeca bolnavul dintr-o singură intervenție este, credem, scopul legitim al unei chirurgii care tinde totdeauna către mai bine și către progres. Astra nu înseamnă gastrectomie sistematică și neaparat făcută primitiv cu orice pret. Ar fi neștiințific și periculos să acordăm unei singure metode, mai mult decît altelea, încrederea absolută. Fiecare metodă are unele inconveniente și unele eșecuri și chiar unele cazuri în care rezultatul clinic nu concordă cu cel anatomic.

Pînă acum aproximativ 50 de ani perforațiile G.D. ulcerose constituiau o urgență majoră și singura posibilitate de vindecare era sutura cu sau fără G.E.; cu totul excepțional se practica drenajul simplu și fistulizarea, gastrectomia fiind de dată ulterioară suturei.

În prezent, ne stau la dispoziție în tratamentul acestei complicații ulcerose două noi metode: tratamentul medical prin as-pirajie, care cu foarte rari vindecări radicale vindecă în unele cazuri perforația, fără a înlătura totdeauna acul chirurgical, care va fi făcut fie imediat, fie întîrziat. Oricum, aspirația poate fi

utilizată ca pregătire pentru o eventuală intervenție deferită, asigurînd astfel condiții mai bune și mai sigure operației secundare.

Iar vagotomia, mai simplă și mai puțin laborioasă ca o gastrectomie, permite frecvente vindecări radicale, evită gastrectomiile periculoase atunci cînd ulcerul duodenal este greu sau chiar inextirpabil. Asociază cu antrectomia rezultatele sînt sensibil egale cu ale gastrectomiei 2/3.

Toate metodele de tratament ale ulcerului perforat au indicații și contraindicații care, trebuie s-o recunoaștem, nu sînt totdeauna ușoare. Aceste indicații depind de bolnav, de evoluția bolii, de experiența chirurgului și de condițiile tehnice ale serviciului. Cînd indicațiile au fost bine puse, și mai ales diagnosticul și operația executată precoce, există toate șansele ca eșecurile și mortalitatea să fie cu totul reduse.

CAP. IX

PROBLEME CONEXE

O serie de probleme secundare în legătură cu perforațiile ulcerului G. D., dar cu nimic mai puțin importante, merită a fi discutate mai pe scurt.

Mai înainte de orice am dori să răspundem la o întrebare pusă de profesorul Mureșan într-un articol publicat recent, și anume : Vor înlocui vreodată complet operațiile radicale pe cele paliative în tratamentul perforațiilor ulcerose ? !

Desigur, orice este posibil pe lume, mai ales în medicină, și cu atât mai mult în chirurgie. Nimeni nu poate ști cu precizie care vor fi progresele chirurgicale în viitor și care ar putea, eventual, rezolva integral și fără pericole, și poate în orice stadiu, perforațiile ulcerose vindecînd și maladia.

Dar în stadiul actual al cunoștințelor noastre nu putem crede că operațiile radicale vor înlocui complet pe cele paliative, deoarece, multă vreme probabil, vor fi încă întârzieri de diagnostic, vor fi încă tare organice care vor cere doar un act chirurgical salvator, după cum vor fi și perforații complicate cu hemoragii, sau leziuni ulcerative care vor impune o anumită terapeutică, uneori nechirurgicală.

Dar ar fi de dorit din punct de vedere social și psihologic și ar fi colosal de indicat din punct de vedere medical ca diagnosticul precoce, interpretarea clinică corectă, adecvată și exploratoare a cazurilor, tehnica precisă și riguroasă a chirurgilor, să permită vindecarea radicală a complicației și a bolii de la prima intervenție într-un număr cât mai mare de cazuri.

Drenajul — în operațiunile pentru ulcer G. D. perforat, nu este discutat pe larg de toți autorii publicațiilor și uneori numai în treacăt. În realitate, este problema drenajului abdominal în peritonite, cu avantajele și inconvenientele unei metode la care până în prezent nu s-a renunțat complet.

Părerile asupra oportunității drenajului în ulcerele perforate sînt controversate și chiar contradictorii, părerea noastră fiind că această controversă rezultă din lipsa de precizie a indicațiilor și din interpretarea nepotrivită a unor accidente.

Dacă urmărim în literatura de specialitate părerile diferiților autori — în materie de drenaj — găsim aproximativ următoarele : *Schwartz*, 1929, nu drenează decât peritonitele confirmate. *Lecène*, marele chirurg francez al generațiilor trecute, recomandă să nu se dreneze ulcerele perforate operate.

Wilmoth, în „Journal de Chirurgie“, 1930, amintind părerea lui *Lecène*, este totuși pentru drenaj, fără a fi sistematic. Drenează uneori sub-hepatic și suprapubian numai cînd lichidul peritoneal este abundent. Autorul a avut un caz de flegmon gazos perietal, care nu fusese drenat și recunoaște că cea mai mare parte a autorilor este pentru drenaj.

Promptova, în 1930, nu drenează decât înfundările incomplete ale perforației.

Tot în jurnalul francez de chirurgie din 1931, *Chabrut*, recunoaște eficacitatea drenajului în ceea ce privește evacuarea cavității de lichid. Însă, un accident mortal pus pe seama drenajului (infecție secundară exogenă ? !), îl face să renunțe la drenaj. În seria de operații care au urmat și nu s-a drenat, autorul spune, că rezultatele nu au fost mai proaste.

Ridder, de la Hamburg, în trei cazuri cu stare gravă în care nu a făcut, decît simplu drenaj, a avut doi morți.

R. Broglie și *Pennwerth*, în 1933, sînt pentru drenaj suprapubian. *H. Andrieu* de la Oran, în „Archives de médecine et Pharmacie militaires“, din ianuarie 1934, pledează călduros, în cazul

rile depășite sau greu suturate, pentru drenajul *Mikulicz*, prin care a obținut 4 vindecări pe 5 cazuri în care l-a aplicat.

Peters de la Viena, pe 50 rezecții executate între 2 și 28 ore fără drenaj, are 3 morți, din care unul prin peritonită.

M. Gandy, în teza sa de la Paris, 1934, recomandă drenajul când lichidul peritoneal este abundent. *H. J. Schilling*, de la Oslo, „Acta chirurgica Scandinavica”, 1935), drenează în cazurile mai avansate, când lichidul peritoneal are aspect purulent, atât sub-hepatic, cât și în fosa iliacă dreaptă, făcând irigații prin tuburile de dren.

De Vernejoul de la Marsilia, după ce face o aspirație minutorioasă a cavității peritoneale în toate compartimentele, drenează suprapubian.

Mialaret și *Edelmann*, în Monografia lor, vorbind de peritonita generalizată după sutură, spun că pentru cazurile recente și chiar pentru cele relativ mai tardive nu este nevoie de drenaj. Sutura corectă urmată de închiderea peritoneului fără drenaj, chiar dacă închide în peritoneu o cantitate mai mare sau mai mică de lichid uneori septic, vindecă majoritatea bolnavilor, iar dacă în astfel de cazuri peritonita continuă, este deoarece s-a produs o dehiscență sau o altă perforație.

De asemenea, acești autori, ca și alții de altfel, vorbesc de ocлюзиile postoperatorii după operațiile pentru ulcer perforat, spunând că aceste complicații au drept cauză, în afară de peritonită, drenajul și în special tubul suprapubian. Acesta ar produce ocuzii prin diferite mecanisme (aderențe, volvulare sau pătrunderea unei anse intestinale într-un orificiu al tubului). Recomandă că este mai bine să ne abținem complet în privința drenajului suprapubian cu tub, având grijă să golim cât se poate mai bine pelvisul, prin bascularea mesei de operație, sau desigur, prin aspirație.

La noi în țară *Danicico*, *Brînzeu* și colab. cât și *Toporaș* sînt împotriva drenajului decliv în *Douglas*, recomandînd aspirația minutorioasă în cazurile de lichid peritoneal abundent. Acești autori

nu drenează decât în cazurile în plină peritonită și uneori depășite. Acuză tuburile de dren ca favorizând apariția bridelor și a eventrației. Susțin că reritoneul drenat se apără mai puțin bine decât cel nedrenat.

Credem că aceasta ar putea fi adevărat dacă aspirația lichidului peritoneal ar putea fi totdeauna completă, dacă hemostaza este perfectă și dacă suturile sunt ermetice, în țesuturi normale și dacă se utilizează o antibioterapie judicioasă.

Orice colecție formată ulterior, prin orice mecanism, are, în urmările postoperatorii, mai multe posibilități de a se infecta, avînd în vedere mediul septic existent, decât a se resorbi, fără să mai vorbim de posibilitățile de fistulizare a unui bont duodenal greu, a unor suturi cîteodată ceva mai relative sau chiar a unor țesuturi inflamate și cartonate.

Dintre părerile atît de diverse citate pînă acum, este greu să tragem o concluzie în ceea ce privește indicațiile precise ale drenajului după operațiile pentru ulcer perforat. Din experiența noastră am putut totuși trage unele învățăminte.

Este categoric că sînt unele cazuri în care drenajul nu e necesar : cazurile operate precoce, cu revărsat puțin, cantonat în zona perforației sau eventual sub ficat. Uneori chiar nici nu există un lichid categoric adunat, ci mai mult o infiltrație edematoasă a țesuturilor. În aceste cazuri, oricare ar fi operația care am face și care s-ar preta la o execuție corectă, credem că nu este nevoie de drenaj.

Antibioterapia utilizată și mai ales adaptată unei antibiograme obținută precoce, a redus și mai mult necesitatea drenajului. Chiar cazuri ceva mai avansate, cu un lichid care nu-i categoric purulent, în care există o septicitate redusă și în care revărsatul nu-i abundent, iar cavitatea peritoneală nu-i plină de resturi alimentare, drenajul încă nu-i necesar, cu atît mai mult dacă pînă la sfîrșitul operației, laboratorul ne-a adus o relativă informație asupra septicității lichidului peritoneal.

Cunoaștem cu toții că unele lichide peritoneale, imperfect clare sau poate chiar cu un aspect tulbure, nu-s neapărat sevice, sau au o septicitate pe care antibioterapia ar stăpîni-o. Drenajul nu-i necesar nici în aceste cazuri. Dar tot așa de bine se știe că aspectul macroscopic poate fi înșelător și unele din aceste lichide ar putea să conțină o floră microbiană extrem de virulentă, care după închiderea peritoneului să evolueze ca o peritonită, cu o simptomatologie mascată de antibiotice.

Este adevărat că Douglasul poate fi aspirat și chiar întreaga cavitate peritoneală. Dar atunci când aderențele au început a se organiza, când aspirația peritoneală este mai puțin eficientă și cu atât mai mult când aspectul lichidului nu mai este aspect de revărsat ci devine purulent, credem că drenajul este indispensabil, cu atât mai mult dacă acest lichid peritoneal nu rămîne numai în Douglas și în etajul submezocolic unde de obicei se întinde de la început, ci se răspîndește pînă sub diafragm. Cine nu știe că în aceste împrejurări tuburile drenează timp de 24—48 ore lichid abundant cu aspectul său inițial, care dacă ar fi rămas în peritoneu e greu de presupus că n-ar fi dus cel puțin la abcese și colecții limitate, dacă nu ar fi evoluat chiar ca peritonită generalizată.

Lăsăm deoparte cazurile depășite, în plină peritonită generalizată, cu puroi abundant, cu ansele aglutinate, în care numai drenajul este posibil și după noi — afară de muribunzi — absolut necesar.

În cazurile cu lichid peritoneal abundant și generalizat, spălătura întregii cavități cu ser fiziologic cald, care va umple întreaga cavitate peritoneală și care după aspirație se va repeta de cîteva ori, ni s-a părut o metodă eficientă și am utilizat-o de cîteva timp cu regularitate în toate peritonitele generalizate. În ulcerele perforate metoda se utilizează după executarea suturii, fiind cazurile în care operațiile radicale sînt mai puțin sau chiar contraindicate. Această spălătură elimină cea mai mare parte a revărsa-

tului digestiv, cât și resturile alimentare, iar în cazurile mai avansate dezinxică bolnavul. Este o metodă recomandată mai de mult de unii autori, (*Promptova*, în 1930, „*Brunns Beiträge zur Klinische Chirurgie*”, aprilie) dar utilizată mai puțin sistematic. La noi în țară o recomandă *Mureșan, Danicico, Brinzeu și Ștefanovici* ca și *Toporaș* de la Dorna.

Ținând seama și de unele dificultăți tehnice, nu putem să nu ne punem unele întrebări: oare am putea să nu drenăm într-o sutură precară sau atunci când bănuim o dehiscență posibilă?

Mialaret vorbește de dehiscențe, după unele suturi, puțin zgomoase și care au o simptomatologie redusă sau necaracteristică. Acești bolnavi, spune autorul, mor de peritonită, în timp ce s-a diagnosticat cu totul altceva.

Ne întrebăm: dacă aceste cazuri ar fi fost drenate, oare acest drenaj n-ar fi fost niciodată eficece?, sau, cel puțin, n-ar fi dat trecere la un conținut care ar fi sugerat dehiscența? și poate o reintervenție ar mai fi putut fi posibilă?

În general, înfundările bonului duodenal sînt, în ulcerele duodenale perforate, de cele mai multe ori relativ ușoare, dar sînt și împrejurări în care aceste înfundări pot fi grele și precare. Oricum, sutura și înfundarea duodenumului se va face uneori în țesuturi mai infiltrate.

Posibilitatea unei fistule duodenale nu are indicații de drenaj? Unul din cazurile noastre cu evoluție din cele mai favorabile a făcut fistulă duodenală a 20-a zi după operație. Dăm mai jos observația:

T. Gr., chirurg de 52 de ani, vechi ulceros, este operat în 1945, la 10 ore de la perforație. Intrizierea relativă se datorează necesității transportului din altă localitate.

Bolnavul gras dar nu excesiv, condițiile în care se prezintă sînt favorabile pentru operație radicală. Se practică gastrectomie 2/3 cu anastomoză R. Polya. Perforația pe fața anterioară a duodenumului permite extirparea ulcerului și ligatura cu înfundare a bontului, aparent în bune condițiuni. Este drept, că pentru a înfunda ne-am servit posterior, pe o mică porțiune, de capsula pancreatică îngroșată și edematiată. Drenaj sub-hepatic cu un tub.

Evoluție perfectă. Transit digestiv a 4-a zi; bolnavul afebril după trei zile. Se reîncepe alimentarea. Drenaajul suprimat a 7-a zi.

Condițiile de război nepermițându-i să fie îngrijit acasă, rămîne în spital mai multă vreme fără nici o suferință și cu aspectul omului sănătos. A 17-a zi începe o stare febrilă pînă la 38,5 — 39°; nici o sensibilitate în hipocondrul drept, nici o reacție peritoneală. Examele radioscopice nu arată nivel de lichid peritoneal și nici vreă imagine pulmonară. O leucogramă moderat crescută — 10.800/mm³.

Ne gîndim totuși la posibilitatea unui abces subfrenic, deși starea generală rămîne bună, mobilitatea diafragmului nemodificată radioscopic, tranzitul digestiv păstrat, pentru ca a doua zi, în dimineața în care apare o sensibilitate în hipocondrul drept, pe traiecul tubului de dren să apară o cantitate de lichid murdar, cu aspect biliar și care îmbibă pansamentul. Febra scade spectacular; secreția biliară dispare treptat și fistula se închide după 7 zile. În prezent bolnavul este în viață, suportînd perfect operația fără tulburări dispeptice.

Desigur, la producerea fistulei drenul era suprimat deja de 12 zile, dar dacă bolnavul n-ar fi avut traiecul tubului și abdomenul ar fi fost închis inițial cu o sutură ermetică, n-ar fi fost bolnavul expus cel puțin unei colecții sub-hepatice? Ne-ar fi greu să credem că tubul a favorizat fistula duodenală. Fistulizarea s-ar fi produs înainte sau foarte repede după ce tubul a fost suprimat.

O serie de alte probleme pot fi ridicate în legătură cu drenajul.

Tuburile se pot obstrua și drenaajul ar putea să nu fie eficient. Dar de cîte ori se întîmplă acest lucru? Este cunoscut că unele colecții s-au putut evacua pe tuburile păstrate ceva mai mult timp, chiar după 7—8 zile de la intervenție.

Există apoi, toți chirurgii cu experiență cunosc acest lucru, ocluziile la tuburile de dren. Este adevărat și cazurile sînt cît se poate chiar pentru perforațiile ulcerose. Dar aceste întîmplări sînt destul de rare față de morțile prin peritonită, de reintervențiile pentru abcese reziduale și chiar pentru peritonită generalizată.

Este adevărat că abcesele reziduale pot exista și după drenaj și cu tot drenajul, că peritoneile foarte avansate mor chiar dacă sînt drenate larg, dar dacă totuși cîte una scapă, aceasta se datorește sigur, spălăturii peritoneale, antibioticelor și reanimării, dar nu credem că cineva nu le-ar fi drenat și că drenajul ar fi rămas ineficace.

Mai trebuie să adăugăm că peritonita avansată după ulcer perforat nu înseamnă neapărat leziune perforativă veche, în care diagnosticul tîrziu sau refuzul intervenției a lăsat să treacă 24, 48 sau chiar 72 de ore de la perforație. În general, și de cele mai multe ori, gravitatea peritonitei este în legătură cu timpul scurs de la perforație. Sînt însă unele forme cu evoluție mai lentă, în care cantonarea puroiului se face în special în etajul inferior și submezocolic. În aceste cazuri, cu toată febra și fenomenele abdominale, starea generală nu este profund alterată iar pulsul și T. A. nu sînt prăbușite. Acestea sînt cele care beneficiază cîteodată numai de simplul drenaj, antibioterapie și reanimare, chiar dacă uneori este necesar să se dreneze ulterior o colecție reziduală. Astfel este unul din cazurile noastre.

S. C., 23 ani, *vechi ulceros, internat și operat la peste 24 ore de la perforație* — în 1946. *Contraktură parietală generalizată, ușoară distensie, febră, vărsături.*

Laparotomia arată peritonită generalizată, lichidul cu aspect purulent, perforația duodenală obstruată și blocată de aderențe sub-hepatice. Ansele aglutinate în masă, congestive, false membrane pe alocurea. Peritonita cuprinde cu precădere etajul submezocolic. Starea generală relativ bună, puls de 90, tensiunea arterială 11,7. Ne mărginim la evacuarea puroiului și drenaj larg în Douglas și în ambele spații parietocolice. Starea generală post-operatorie rămîne relativ alterată timp de 48 de ore, timp în care tuburile drenează abundent, apoi se ameliorează treptat și vindecarea survine în aproximativ trei săptămîni, fără antibioterapie.

De asemenea, ocluziile postoperatorii se pot produce datorită aderențelor și pervisceritei și nu neapărat tubului de dren. După părerea noastră, observația atentă a bolnavului ar putea

diagnostica precoce o ocluzie post-operatorie și reintervenția nu ar fi din cele mai amenințătoare dacă tubul ar fi cauza.

În Clinica a III-a chirurgicală din Iași, în decurs de 30 de ani, au fost 8 ocluzii pentru diverse intervenții, la care s-a putut incrimina cu multă siguranță tubul de dren. Una singură a fost mortală. Toate celelalte au fost diagnosticate precoce și reintervenția suprimînd tubul și eliberînd intestinul aderent, cudad sau torsionat, s-au vindecat fără urmări.

Această argumentare a noastră nu trebuie să lase pe nimeni să înțeleagă că am fi cumva parizani ai drenajului sistematic. Dimpotrivă, diagnosticul și operația precoce, indicația adecvată și execuția tehnică corectă a operației, fac drenajul adesea inutil. Vrem numai să atragem atenția că uneori drenajul este necesar și util, cu condiția ca indicația de drenaj să fie bună și drenajul bine amplasat.

COMPLICAȚII ȘI CAUZE DE MOARTE ÎN PERFORAȚIILE G. D. ULCEROASE

Cu tot ce se știe pînă în prezent despre tratamentul perforațiilor G. D. ulcerose, există încă și astăzi un număr de morți după aceste operații, ca și după tratamentul abstentionist prin aspirație. Unele din aceste morți sînt în legătură directă cu complicația, iar altele sînt de cauze indirecte, am putea spune prin răsunetul pe care-l are perforația asupra organismului, la care se adaugă (desigur) și operația executată.

Numeroși autori s-au ocupat de mortalitatea perforațiilor G. D. ulcerose, în special de mortalitatea post-operatorie. Este neîndoiebnic, că lăsate fără tratament, enorma majoritate a perforațiilor ulcerose duc inexorabil la deces. Vindecările spontane rare, sînt acelea în care evoluția cazului își schimbă repede aspectul clinic de la început. O aspirație continuă instalată în primele 1—2 ore, favorizînd vindecarea și liniștirea bolnavului,

ar putea aparent lăsa impresia că vindecarea a fost datorită aspirației și nu ar fi o vindecare spontană.

Mortalitatea, după tratamentul medical prin aspirație, este mai greu de apreciat deoarece cazurile ce nu răspund aspirației vor fi operate. Întrzieră de 2—3 ore pînă ce chirurgul își dă seama de eficacitatea aspirației nu ar putea trage prea mult în balanța mortalității deoarece, în general, aspirația are indicație în cazurile relativ precoce, în timp ce în cele tardive evoluția peritonei ne obligă să intervenim repede, iar aspirația n-ar avea decît un rol pregătitor și de cele mai multe ori avantajos.

Oricum, peritonita declarată și în plină evoluție, este o contraindicație formală a tratamentului abstentionist prin aspirație și indicația de laparotomie, aspirație, spălătură peritoneală și drenaj larg este categorică.

Imposibilitatea evacuării lichidului peritoneal este considerată de *Toporaș* ca o insuficiență a metodei *Taylor*. Noi credem că, în cazurile cu lichid peritoneal abundent, chiar la început cînd nu-i încă peritonită ci doar revărsat digestiv, tratamentul prin aspirație este contraindicat și laparotomia după evacuarea lichidului, inventarul și rezolvarea leziunilor, va decide asupra oportunității drenajului.

În cazurile cu totul depășite, care nu se operează, bolnavii mor, cu și fără aspirație, iar în puținele cazuri foarte grave care scapă, aceasta nu se poate înțîmpla fără deschiderea chirurgicală, evacuarea puroiului și eventual drenaj. De aceea credem că nu se poate vorbi în perforațiile G. D. tratate chirurgical decît de o mortalitate post-operatorie.

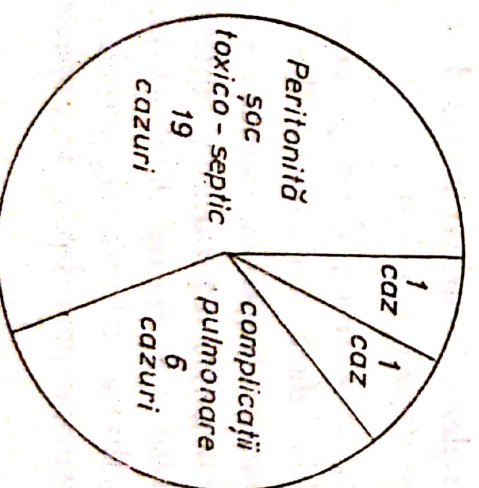
Autorii care se ocupă cu problema mortalității după ulcerele G. D. perforate (*Promptova, Fleming, J. Creyssel et J. Mowgues, Herzberg, A. Rogers, Bancu și Sireteanu*) dau drept cauză de moarte următoarele complicații: Peritonita; Șocul; Complicațiile pulmonare; Supurațiile parietale; Hemoragii digestive; Abcese subfrenice; Fistule gastrice sau duodenale; Ocluzii la nivelul tubului de dren; Eventrații acute cu eviscerații; Pancreatite acute.

Creyssel et *Mourgues*, de la Lyon, care au 55 decese pe 194 operații (28,35 %), explică această mortalitate mare prin cazuri venite tardiv, vîrstă înaintată, sediul perforației și desigur virulența microbiană în cazul peritonitei.

4. *Rogers*, din California (*Surgery Gynecology and Obstetrics* nr. 6, decembrie 1960), adună 1000 de perforații ulceroase, între 1944—1959. Acest autor are o mortalitate dublă la femei (28%), față de cea a bărbaților care este numai de 14%. Același autor dă ca factori de gravitate: ora intervenției — în această privință autorul observă de multe ori o agravare bruscă între a 16-a și a 20-a oră, — vîrsta, mărimea perforației și caracterele revărsatului peritoneal.

Un factor important de gravitate este asociația între perforație și hemoragie. *Julin*, în 1931, spune că între factorii de gravitate intră și erorile de tehnică, iar *B. G. Herzberg* din Leningrad, acuză și anestezia (*Vestnik Chirurgii*, 1934), însă la vremea aceea autorul făcea încă anestezie cu cloroform, în afară de rahianestezii cu care are un singur deces.

Pe statistica noastră în care există 27 decese pentru 452 ulcere gastro-duodenale perforate, cauzele de moarte au fost: 19 peritonite generalizate, toate operate tardiv și unele înainte de perioada antibioticelor; 6 complicații pulmonare la bolnavi în vîrstă, tot înainte de antibiotice; 1 caz de moarte prin insuficiență hepatică la un cirotic și 1 caz operat tardiv, cu fistulă duodenală și septicemie.



27 decese la 452 U. G. D. perforate (mortalitate globală 6 %).

= insuficiență hepatică, fistulă duodenală, septicemie.

Credem important să ne oprim asupra unora din aceste complicații mai importante.

Cauza cea mai frecventă de moarte este *peritonita*. *Prompta* pe 52 perforații are 13 cazuri de peritonită din 20 decese.

Fleming, 65% peritonite difuze din 236 decese pe 994 perforații operate. Cele mai multe din aceste peritonite sînt cu streptococ și colibacili. Peritonitele sînt cu atît mai frecvente cu cît diagnosticul și intervenția este mai tardivă, dar virulența microbială este un factor ce nu trebuie subestimat, acesta fiind factorul care dă formele rapid evolutive și grave ale peritonitelor. Peritonitele sînt mai frecvente după sutură decît după gastrectomie. Explicația constă în faptul că gastrectomia se practică în cazurile favorabile, operate precoce, spre deosebire de sutură.

Dehiscențele după sutura perforației, sau dezunirea unei anastomozе, contribuie la agravarea unei peritonite, mai ales dacă n-au fost drenate. Abscesele subfrenice pot fi cauze de moarte ca și alte peritonite localizate, prin deschiderea secundară a acestora din urmă în marea cavitate peritoneală, prin ocluzie intestinală, sau prin alterarea serioasă a stării generale, mai ales cînd diagnosticul și localizarea este tardivă.

O operație laborioasă, cum ar fi gastrectomia, poate contribui la difuzarea unei infecții peritoneale, atunci cînd lichidul este septic și purulent, chiar dacă perforația este relativ recentă.

În această privință, în special asupra aprecierii factorilor care determină indicația tehnică, atragem atenția că chirurgul începător nu trebuie să se hazardeze, încurajat poate de unele rezultate bune, uneori nesperate și insuficient explicate.

Șocul post-operator — este, după părerea noastră, rareori o cauză de moarte, chiar dacă unii autori îl enumeră printre cauzele oarecum importante. Pregătirea preoperatorie, cînd e necesară, trebuie făcută mai cu grijă, aspirația și antibioterapia permițînd aproape cu regularitate o așteptare de 2—3 ore. Pe lîngă aceasta, anestezia de bună calitate, tehnica riguroasă, intervenția, care nu trebuie să dureze excesiv prin lipsa de experiență a chirurgului,

sînt toate elemente ce fac ca șocul să fie rar dacă nu chiar excepțional.

Ceea ce contribuie la evitarea șocului este alegerea corectă a bolnavilor și indicația adecvată a celor care vor putea suporta o operație radicală și a celor la care trebuie să ne limităm la o operație care are drept scop vindecarea perforației. Este, ceea ce numea *Judin*, triajul riguros al bolnavilor pentru operație. De asemenea, necesitatea absolută ca serviciul să fie înzestrat cu toate mijloacele de reanimare.

Este de adăugat că, dacă șocul post-operator poate fi explicat după o operație laborioasă și anestezii îndelungate, șocul, după simplă sutură, este adesea manifestarea unei peritonite grave de evoluție rapidă.

Hemoragiile post-operatorii. — Apar în general precoce, aproximativ între a 5-a și a 15-a zi. Mai frecvente după sutură, au drept cauză cu totul excepțional perforația suturată. În această împrejurare cauza este că sutura a lăsat neatinșă partea neperforată a ulcerului care a evoluat și sîngerează.

De cele mai multe ori sîngerarea după sutură este datorită unui ulcer duodenal posterior concomitent, sau poate fi și a unui ulcer gastric.

G. E., asociată suturii care nu reușește să vindece ulcerul, nu împiedică această hemoragie precoce, cu toate că se consideră că derivă cursul materiilor alimentare și pune duodenul în repaus cel puțin o bună perioadă după operație. Literatura citează cazuri de ulcere peptice precoce după G. E. urmate de hemoragii grave.

Hemoragiile post-operatorii în ulcerul perforat sînt o complicație severă și adesea gravă. Mortalitatea citată de autori este de 50%, unele din cazuri fiind fudroiante. În cazurile severe, care nu cedează la tratamentul medical, este necesar o reintervenție și cel puțin un act de hemostază în focarul care sîngerează. Cele mai multe cazuri salvate se datoresc gastrectomiei.

Hemoragiile după ulcerele perforate suturate sînt rare, dar trebuiesc interpretate diferit, după posibilitatea de a se produce.

Unele din aceste hemoragii se produc mai târziu, în timpul unei perforații iterative și atunci trebuie interpretate ca o hemoragie concomitentă cu perforația și, care, am văzut, impune tratamentul chirurgical.

Cu totul excepțional, hemoragiile se pot produce după o dehiscență, dar cel mai frecvent, hemoragia după o sutură de perforație se datorește ulcerului care continuă să evolueze.

Este totuși recomandabil și insistăm asupra acestui lucru, de a controla atent ca sîngerarea să nu fie dintr-o leziune asociată, unii autori considerînd că această eventualitate predomină asupra sîngerării și perforației concomitente ale aceleiași leziuni.

Noi nu am avut nici o sîngerare după sutura perforației, dealfel relativ puține în statistica noastră, și nici *Firic* pe 200 de cazuri de perforații suturate. În schimb, *Mandache* a avut 3 hemoragii tardive după sutură pentru ulcer perforat. Acest autor crede că hemoragia ar fi datorită firelor nerezorabile de sutură.

Este drept că gastrectomia practică ca operație inițială, previne aceste sîngerări, suprimînd cauza. Totuși, o gastrectomie, chiar 2/3, nu suprimă un ulcer subcardial care necunoscut ar putea sîngera și nu suprimă decît cu mari riscuri ulcerele jos situate pe duoden, postbulbare. Gastrectomia de excludie, pe care noi nu am practicat-o decît excepțional, nu înlătură complet posibilitățile hemoragiei post-operatorii. Nu-i mai puțin adevărat că hemoragiile după gastrectomie sînt cu totul excepționale, iar acele care survin din sutura anastomotică sînt datorite, după părerea noastră, unor defecțiuni de tehnică.

Vagotomia care se practică astăzi tot mai mult în hemoragiile duodenale ulcerose, nu poate avea o acțiune hemostatică directă și imediată, deci nu putem spera în eficacitatea acestei operațiuni în timpul sîngerării. Efectuată după ce hemoragia s-a oprit, procesul ulceros se liniștește repede, de aceea rezultatele sînt bune. Totuși, *Soupaule* spune că vagotomia nu împiedică complet riscul nici de perforație, nici de hemoragie, pînă cînd

ulcerul nu se vindecă. Rezultă de aici că în ulcerele perforate și hemoragice, vagotomia nu are aceeași posibilitate ca și gastrectomia de a înlătura complet hemoragiile post-operatorii, deoarece nu suprimă leziunea.

În Clinica a III-a chirurgicală din Iași s-au operat 6 ulcere duodenale hemoragice, la care hemoragia era oprită și la care s-a practicat vagotomie plus G. E., duodenul considerându-se impracticabil. Timpul de la oprirea sîngerării în toate cazurile era între 2—3 săptămîni. Controlate timp îndelungat (3 sau 4 ani), rezultatele se mențineau perfecte atît din punct de vedere al hemoragiei cît și a dispariției complete a simptomelor de ulcer.

Fistulele gastrice și duodenale — sînt mai frecvente după sutură, iar G. E. nu le înlătură complet.

Puțin grave cînd sînt tardive, sînt într-adevăr fistule al căror traiect își creează drum într-un peritoneu cloazonat și se deschid în afară. Acestea se pot vindeca adesea spontan.

Dimpotrivă, desfacerile mari de sutură, fistulele precoce, cu pierderi mari de lichide, ca și cele mai vechi cu marginile sclerozate și aderente la țesuturile învecinate, se închid excepțional spontan și necesită reintervenție. Deshidrările importante și re-intervențiile grele și laborioase dau, în aceste complicații, un procent mare de mortalitate. Tratamentul prin aspirație și reanimare are o mare importanță în tratamentul acestora.

Vagotomia cu sutură și derivație nu evită fistulizarea dacă mai ales sutura s-a făcut în țesuturi care vor cicatriza greu, sau dacă derivația este o piloroplastie. În schimb, vagotomia cu antrectomie și desigur gastrectomia, sînt cu totul excepțional urmate de fistule grave și numai în cazuri de duoden dificil și greu suturabil. Fistulizările în cazul gastrectomiilor sînt posibile uneori, atunci cînd restabilirea continuității digestive este gastro-duodenală (Péan). În aceste împrejurări, aspirația gastrică post-operatorie evită distensia și evacuarea imediată și totală prin anastomoză, diminuînd posibilitățile de fistulizare.

Un caz de dehiscență totală după un ulcer perforat și operat în alt serviciu, cu anastomoză Péan, a decedat prin deshidratare și tulburări de echilibru electrolitic, cu toate reintervențiile, derivațiile și reanimarea făcută în serviciul nostru.

Ocluziile intestinale postoperatorii. — Posibile nu numai la tuburile de dren, dar din cauza aderențelor, perivisceritei, abceselor reziduale și chiar angajării unei anse intestinale la breșa mezocolică după gastrectomie sau după G. E. Dar acestea nu sînt complicații specifice perforației G. D. și se pot întîmpla după orice peritonită sau după orice gastrectomie cu anastomoză gastro-jejunală transmezocolică.

Este adevărat că perforațiile G. D. ulcerose, mai ales cele iterative, operațiile repetate, periviscerita inevitabilă, hemostaza anevoioasă, starea septică a peritoneului creează necesitatea drenajului și condiții foarte favorabile ocluziilor post-operatorii.

Complicațiile pulmonare — după perforațiile G. D., se în-tîlnesc mai frecvent la bătrîni, la bronșici și emfizematoși, favorizate de stază și de trecutul pulmonar al bolnavului; dar sînt favorizate și la cei netarați prin revărsatele peritoneale din etajul supramezocolic și cînd peritonita a ajuns subdiafragmatică, iar uneori pot fi favorizate chiar de aspirația continuă prelungită.

Unele din aceste complicații se datoresc vărsăturilor, cîteodată alimentare, care prin aspirație ajung în căile respira-torii favorizînd leziunile pulmonare. De aceea, unii chirurghi practică cu regularitate evacuarea stomacului printr-o sondă mai groasă (tub Faucher), înainte de operație, iar pentru trata-mentul perforației prin aspirație evacuarea este aproape obli-gatorie cînd stomacul este plin.

Pentru a evita neplăcerile aspirației prelungite postopera-torii, puse obișnuit pe nas și cu arăt mai mult pentru a evita complicațiile pulmonare, s-a propus — în special de chirurgii

englezi — aspirația continuă printr-o gastrostomie minimă, sonda fiind exteriorizată la peretele abdominal.

Evitarea și mai ales tratamentul cu succes al multor complicații pulmonare, care la vîrstnici dau un mare procent de mortalitate, aparține antibioterapiei, aspirației bronșice și chiar traheotomiei.

Supurațiile parietale masive, — posibile mai frecvent la tărâți și la obezi, foarte grave cînd sînt cu anaerobi, pot fi evitate cu o tehnică riguroasă, prin drenaj și antibioterapie.

Nu trebuie să tragem concluzia că absolut toate complicațiile post-operatorii după perforațiile G. D. sînt mortale. Chiar înainte de antibiotice și reanimare, unele din aceste complicații — pulmonare, fistule, peritonite localizate și chiar hemoragii — se vindecău printr-un tratament conservator adecvat.

Reamintim necesitatea supravegherii îndepăroape a bolnavilor operați pentru o perforație gastro-duodenală care în evoluția unei complicații hemoragice ce se poate repeta, sau a unei dehiscențe, în cazurile nedrenate, ar necesita o reintervenție de urgență. Diagnosticul precoce în orice complicație postoperatorie este un factor favorabil posibilităților terapeutice și vindecării.

Anestezia. — În decursul vremurilor s-au utilizat pentru operațiile necesare în perforațiile G.D. tot felul de anestezii. Autori ca B. G. Herzberg au comunicat morți în astfel de operații, după anestezii cu cloroform și chiar după R. A.

Aplicarea metodelor de anestezie mai puțin nocive a adus o îmbunătățire importantă în ceea ce privește complicațiile și mortalitatea postoperatorie a ulcerelor perforate.

Aît *Judin* de la Moscova, cît și *Fleming* de la Filadelfia, în 1931, au comunicat rezultate deosebit de favorabile cu anestezie locală. Este, după noi, primul mare progres în anestezie, nu numai pentru ulcerele perforate, dar și pentru alte interven-

ții pentru care anestezia generală de atunci constituia un procedeu grevat adesea de accidente care, uneori, puteau fi grave.

Fleming a completat anestezia locală cu protoxid de azot. Acest autor vorbea, între alte avantaje ale anesteziei locale, și de atenuarea șocului operator.

În statistica noastră avem 26 cazuri operate cu anestezie locală în bune condițiuni tehnice.

R. A. a fost utilizată în toate țările în care această anestezie era privită favorabil. În U. R. S. S. a utilizat-o *Herzberg*. De asemenea, se utiliza în America și destul de frecvent la noi în țară.

Indicațiile R. A. sînt astăzi ceva mai limitate. Dacă este bine tolerată în formele incipiente, cînd T. A. este bună și bolnavii rezistenți, nu poate fi utilizată la formele mai avansate și cu atît mai puțin în peritoneitele în care starea circulatorie începe să se altereze. Nu trebuie făcută prea înalt (cel mult între 12D—11L), pericolul de difuziune și paralizie respiratorie fiind marele dezavantaj al acestei anestezii.

În clinica a III-a chirurgicală s-a utilizat într-o mică măsură anestezia generală cu eter (masca *Ombredanne*), și pe scară mai largă R. A. (112 cazuri). Infiltrația mezourilor și în special a micului epiploon pe mica curbură gastrică cu soluție novocaină 0,50 %, asociată cu R. A., evită reflexele de vărsătură, agitația, starea de neliniște a bolnavilor, dînd o liniște abdominală într-adevăr impresionantă.

Am utilizat de asemenea anestezia intravenoasă cu evipan în cîteva cazuri și, în timpul din urmă, pentru bolnavii slăbiți, hipotensivi, R. A. hipobară, dirijată, după metoda *Samain* (12 cazuri).

Cea mai mare parte din bolnavi (227) au fost operați în acești ultimi 10 ani prin anestezie generală cu intubație orotrahală. Ni se pare metoda cea mai indicată, deoarece permite controlul permanent al aparatului cardio-respirator, aspiră se-

crețiile bronșice, evită invazia căilor aeriene prin vărsături și mai ales oxigenează bolnavul ori de câte ori este nevoie în cursul intervenției, cum nu se poate face cu nici o altă metodă de anestezie. Această metodă permite o relaxare abdominală de bună calitate și operațiile se pot executa în cea mai mare securitate.

Nu a fost nici un accident datorită anesteziei privind ulcere G. D. perforate, în cursul a 31 de ani de activitate, în Clinica a III - a chirurgicală din Iași.

Reanimarea pre și post-operatorie. — În literatura de specialitate ce am putut controla, nu am întâlnit vorbindu-se cum ar trebui condusă reanimarea în perforațiile ulcerului G. D., în afară de *Perrotin*, *Simon* și *Poussard*, referindu-se la reanimarea în tratamentul neoperator prin aspirație.

Această reanimare nu are nimic specific și va fi condusă după necesitățile care se vor ivi înainte sau în cursul evoluției post-operatorii. Astfel, reanimarea va începe întâi orientându-ne clinic și apoi va fi adaptată după ionogramă și după pierderile lichidiene prin vărsături sau prin aspirație pre sau post-operatorie, ca și după aspectul leziunilor peritoneale, cât și a operației care s-a executat, sau a fistulelor existente.

Totuși, la unele posibilități ne putem aștepta, cunoscând leziunea și consecințele sale.

Există desigur un număr de bolnavi tineri, chiar pînă la 50 de ani, care vin în primele ore ale perforației, care nu varsă, au stomacul gol, pulsul și tensiunea normale sau prea puțin modificate. Aceștia, după precizarea diagnosticului și câteva examene și explorări de rigoare absolut necesare, pot fi operați imediat fără nici o pregătire, sau cu o pregătire cu totul sumară. La acești bolnavi aspirația preoperatorie nu-i absolut necesară.

Nu trebuie de uitat că, dacă ulcerele perforate nu mai constituie astăzi o urgență majoră datorită aspirației și antibioterapiei, în cazurile în care acestea nu sînt imediat eficiente, sau cînd

considerăm că o operație radicală este indicată de la început, fiecare din aceste cazuri va constitui tot o urgență majoră, astfel încît precizarea eventuală a diagnosticului, cît și a atitudinii terapeutice, nu trebuie să ia un timp prea îndelungat după internare. Cînd un ulcer perforat are indicații operatorii, acesta trebuie operat în cel mult 2 - 3 ore de la internare și chiar mai repede.

Spre deosebire de bolnavii de mai sus, cei care varsă, cei care au stomacul plin, aspirația — după eventuala evacuare a stomacului — va fi instalată imediat și cu atît mai mult acolo unde s-a pus indicația de tratament nechirurgical.

De asemenea, aspirația va fi instalată acolo unde, din motive bine determinate, operația înîntîrzie. Știm că pentru bolnavii șocați sau trași, aspirația și reechilibrarea, cît și tratamentul eventual al maladiei concomitente, sînt metode de pregătire și constituie elementul esențial de reanimare, în cazurile de operație înîntîrziată.

Aspirația este adesea necesară și post-operator, mai ales cînd suturile sînt precare și ne temem de dehiscență. La fel în anastomozele gastro-duodenale și desigur după terapia prin vagotomie, unde staza și distensia moderată este frecventă iar posibilitatea distensiei exagerate, prin pareză gastro-jejuno-ilială excesivă, este o complicație posibilă și de temut.

Orice aspirație digestivă care se prelungește, duce la creșterea pierderilor lichidiene, care exagerază ceea ce bolnavul a pierdut prin vărsături, stază intestinală, transpirație. Reanimarea va avea în vedere în permanență acest lucru, cu atît mai mult după vagotomie, ale căror complicații mai frecvente au ca substrat tocmai o tulburare hidroelectrolitică necorectată la vreme.

Reanimarea în cazurile mai deosebire devine o veritabilă terapie intensivă, care va urmări restabilirea funcțională a tuturor echilibrelor modificate de boală și de operație: echilibrul respirator, cardio-circulator, sau renal. Această terapie trebuie să înceapă preoperator cînd aceste dezechilibre s-au declan-

șat deja, sau la bolnavii care se știu turați, sau sînt depistați cu un trecut patologic sau cu o manifestare patologică existentă. Numai corectarea acestora poate permite o intervenție cu șanse de reușită.

Lăsînd deoparte vîrsta și tarele organice care se pot opune unei restabiliri a echilibrelor funcționale și unde tratamentul medical sau operația cea mai simplă de salvare a vieții sînt singurele indicate, factorii care se opun restabilirii funcționale a organismului sînt complicațiile perforației sau complicațiile postoperatorii.

Peritonita ce continuă să evolueze după sutură sau după orice altă operație, parezele datorită unor intervenții și agravate de peritonită, ocluziile intestinale, fistulele, hemoragiile eventuale, ca și complicațiile pulmonare. Unele din acestea necesită reintervenții, grave prin ele înseși și cu cît vor fi mai precoce cu aît vor avea mai multe șanse de reușită, iar reanimarea bolnavului va fi mai necesară și mai eficace.

Cele mai multe din aceste complicații, cum sînt peritonitele și complicațiile pulmonare, fiind, dealtfel și cele mai frecvente, sînt datorate factorului septic, infecțios.

Fistulele abdominale și dehiscențele cu pierderi mari de lichide sau biliare, beneficiază uneori de aspirație locală, care împiedică iritația tegumentelor și favorizează închiderea. Unele beneficiază de asemenea de tratament prin metoda *Tremolières*. Nu vom uita că peritonitele tardive și septice, chiar cînd sînt drenate și sub antibioterapie, pot evolua uneori trecînd prin distensie și meteorism, fenomene ocluzive, șoc toxico-septic, insuficiență renală acută și moarte.

În afară de actul chirurgical, reanimarea și terapia intensivă ca și antibioterapia adecvată, poate uneori preveni sau înlătura această evoluție, care, incomplet sau nepotrivit tratată, duce inexorabil la moarte. În cazurile depășite, în peritonite ca și în complicațiile post-operatorii, reanimarea are o importanță covârșitoare.

Antibioterapia. — În afara diagnosticului și a actului chirurgical sau a aspirației continuu precoce, antibioterapia are

un rol esențial. Este ușor de înțeles că rolul mare al antibioticelor în ulcerele perforate este în cazurile mai întârziate, unde procesul septic este deja pe cale de dezvoltare.

În realitate, nu credem să greșim afirmând că, prin suprimarea factorului infecțios care favorizează și agravează șocul, peritonita și distensia abdominală — cu toate consecințele acestora — antibioterapia face parte dintre factorii de reanimare !

Antibioterapia a permis vindecarea a numeroase cazuri diagnosticate mai tardiv și operate după 14-18 și chiar 20 ore. De asemenea, a permis operații radicale într-un număr mai mare de cazuri. Eficacitatea antibioticelor este în strînsă legătură cu starea leziunilor peritoneale cît și cu flora microbiană care, din cercetările făcute, s-a dovedit a fi formată cel mai frecvent, din streptococ și colibacil (*Judin, Herzberg, L. Michon*).

În ce privește administrarea de antibiotice în ulcerele G. D. perforate, aceasta nu s-a făcut în clinica noastră de sistemă. Nu am apelat la antibioterapie în fiecare caz, iar atunci cînd am decis un asemenea tratament l-am instituit precoce (imediat post-operator), fără a aștepta rezultatele bacteriologice.

Criteriile de alege a cazurilor pentru antibioterapie au fost aspectul leziunilor macroscopice (aspectul lichidului peritoneal și a seroasei, ca și existența falselor membrane), timpul scurs de la perforație, vîrsta și tarele preexistente. Ne-am condus mai puțin după tipul de intervenție practică. Au fost cazuri de rezecție la tineri, în primele ore după perforație, tratate fără antibiotice, și cazuri de simplă înfundare la care s-au administrat antibiotice datorită criteriilor enumerate mai sus.

Am administrat penicilină în asociație cu streptomycină pentru perioade variabile de timp, în funcție de evoluția și starea clinică. Uneori au fost necesare schimbarea antibioticelor după indicațiile antibiogramei.

Datorită antibioterapiei, complicațiile post-operatorii, în special cele pulmonare, ca și abcesele reziduale sînt mai rare și mai

benigne. Chiar în peritonitele avansate, în formele care înainte erau considerate depășite și intervenția nu numai neindicată, dar chiar agravantă, unele din aceste peritonite pot fi astăzi salvate. Intervenția care evacuează și spală cavitătea peritoneală, reanimarea și terapia intensivă la care se adaugă antibioterapia masivă, adaptată repede antibiogramei, pot duce la vindecare. Astfel, chiar unele cazuri tardive și desperate, cu tendință la colaps și prăbușire tensională, sau cu fenomene de șoc toxico-septic, pot răspunde câteodată favorabil la terapia de reanimare și la curățirea și drenajul cavității peritoneale. În aceste împrejurări nu putem spera într-o reanimare preoperatorie și operația și drenajul ca și antibioterapia trebuie executate imediat, odată cu începerea tuturor celorlalte procedee de reanimare. Dar aceasta constituie în fond problema tuturor peritonitelor și nu numai a celor după ulcerul perforat.

Ținem să amintim încă o dată posibilitatea unor peritonite ce evoluează insidios, acoperite de o antibioterapie insuficientă și neadecvată.

Este obiceiul ca antibioterapia să fie utilizată întordeauna, chiar în cazurile diagnosticare precoce, cu reacție peritoneală limitată, sau cu lichidul peritoneal redus și, cum se știe, aseptice, sau foarte puțin septic în primele ore. Unele din aceste cazuri s-ar putea vindeca foarte bine fără antibioterapie, fără drenajul cavității peritoneale atât prin tratamentul operator cât și prin aspirație. Din punct de vedere al antibioteziei, tratamentul medical prin aspirație nu ne aduce informații precise asupra florei microbiene din peritoneu și deci nici antibiograma nu poate fi efectuată.

Este legitim și îndreptățit să se utilizeze antibioterapia în cazurile care s-ar putea vindeca fără antibiotice și deci n-ar avea nevoie de această terapeutică ?!

În ceea ce ne privește, nu sîntem pentru antibioterapia de protecție, care a fost, dealtfel, condamnată în diferite reuniuni și congrese.

Totuși, avînd în vedere că perforația unui ulcer nu este niciodată necontaminată de microbi, că virulența acestora nu o cunoaștem nici în cazurile tratate prin aspirație și nici în primele ore la cazurile operate, că peritonita și complicațiile septice — în urmărilor perforațiilor — sînt accidentele cele mai de temut, că uneori procesul septic se poate dezvolta precoce, credem că antibioterapia este îndreptățită în toate cazurile, chiar cu totul incipiente. Nu mai vorbim de terapia nechirurgicală prin aspirație, în care revărsatul peritoneal n-a putut fi controlat, evacuat și eventual drenat.

Nu am întîlnit în literatură cazuri în care aspirația ca tratament de principiu al perforațiilor G. D. să nu fie asociată cu antibioterapie. Din experiența noastră, antibioterapia favorizează cicatrizarea unei suturi în țesuturi inflamate, a unor suturi precare, ferindu-le de procesul septic care se supraadaugă uneori procesului de cicatrizare, favorizînd astfel dehiscența.

Ajunși la sfîrșitul acestei expuneri trebuie să constatăm, cu satisfacție, că în ultimii 40 de ani medicina, chirurgia în special, s-a îmbogățit cu metode noi privind terapia ulcerelor G. D. perforate.

Eficacitatea posibilă a tratamentului neoperator, operații noi și tehnici mai actuale permit un tratament chirurgical de mare securitate, care este capabil să ducă la numeroase vindecări radicale de la început.

Anestezia, reanimarea și antibioterapia vin să sprijine cu folos aceste metode terapeutice. Toate la un loc, adăugate la ceea ce este esențial „*diagnosticul precoce*” ar trebui să facă așa fel încît mortalitatea după ulcerele perforate să fie, dacă nu nulă, cel puțin cu totul neînsemnată.

Pentru tratamentul chirurgical al ulcerului gastro-duodenal perforat, am adăuga, în loc de concluzii, că :

Alături de diagnosticul precoce, alături de tehnică, pregătire și îngrijiri postoperatorii, *indicația*, ca pentru întreaga chirurgie, are o importanță covârșitoare, înțelegând prin indicație atât necesitatea intervenției, executarea operației în momentul cel mai oportun, cât și alegerea metodei celei mai corespunzătoare și potrivite, atât pentru boală cât și pentru bolnav. Bineînțeles, în condiții optime de execuție tehnică.

BIBLIOGRAFIE

1. Altieri A., Marinaccio F. — Surgery in Italy 7, 4, 1977.
2. Bancu E., Sireteanu L. — Studiu clinic și statistic al perforațiilor ulceroase gastro-duodenale pe 410 cazuri. *Spitalul*, 2: 149, 1969.
3. Benzet P., Frileux C. — À propos de l'orientation du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodenaux. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 1: 153, 1961.
4. Blondin S. — Discussion à propos de la communication de Jean Quénu sur le traitement non opératoire des perforation d'ulcères. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 76, 28: 833, 1950.
5. Butureanu Vl., Dragomir D., Tănăsescu I. — Observații asupra tratamentului chirurgical în boala ulceroasă. *Rev. Med. Chir. Iasi*, 61, 2: 407, 1957.
6. Calvet P. J., Fellus P., Sebon L. — Accident de la vagotomie. Guérison obtenue par réintervention et réanimation. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 88: 629, 1962.
7. Carabalona P., Bonnel F., Barthelemy M. — Prognostic des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Montpellier Chirurgial*, 18, 2: 137, 1972.
8. Carayannopoulos G., Cristeas N. — Sur dix-huit cas des perforation d'ulcer gastrique ou duodénal. Treize gastrectomies. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 62: 1061, 1936.
9. Chabrut R. — À propos du traitement des ulcères perforés par l'aspiration. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 76, 12: 400, 1950.
10. Chabrut R. — Sur 25 perforation d'ulcères gastro-duodénaux en péritoine libre. *J. Chir.*, 11: 658, 1931.
11. Chalmot P., Grosdidier J., Vichard Ph. — Gastro-enterostomie. *Ann. Chir.*, 16 1—2, 1962.
12. Chalmot P., Lochar J., Frish R., Carolus J. M. — À propos de 1766 cas d'urgences abdominales. Statistiques de 10 ans d'un service de chirurgie générale. *Ann. Chir.*, 16, 1—2, 1962.
13. Chipail G., Diaconescu M., Petrovanu C., Vexler L. — Considerațiuni asupra tratamentului ulcerelor gastro-duodenale perforate acoperite. *Revista Științelor Medicale*, București, mai 1952.

29. Grimaud M. L. — Ulcère double du duodénum. Perforation. Duodéno-pylorctomie. Guérison. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 62 : 1362, 1936.
30. Guellette R. — Le traitement de la perforation ulcéreuse par l'aspiration gastrique continue. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 76, 16 : 486, 1950.
31. Guellette R. — *Chirurgie de l'estomac*, Paris : Masson et Cie, 1956.
32. Hepp J. — À propos du traitement des ulcères gastro-duodénaux. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 7, 4 : 148, 1961.
33. Hortolomei N., Buțureanu V. — *Chirurgie de l'ulcère gastrique et duodénal (indications, résultats)*, Paris : Masson et Cie, 1931.
34. Hortolomei N., Firiță Th. — Ulcerul gastro-duodenal perforat (diagnostic și tratament). *Consăltuirea pentru studiul și combaterea bolii ulceroase — Iași*, 1950. București : Ed. de Stat pentru literatură științifică și didactică, 1951, p. 122.
35. Hortolomei N., Enescu I., Ștefănescu Tr. — Atitudinea operatorie în ulcerele gastro-duodenale perforate. *Probleme de Terapeutică*. București : Ed. Academiei, 1956, nr. 4, p. 181.
36. Huinel J. — La place de l'aspiration gastrique suivie de vagotomie et de gastro-jéjunostomie dans le traitement de l'ulcère duodénal perforé. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 87, 15 : 454, 1961.
37. Iselin M. — À propos de la communication de Ph. Masse intitulée : La place de la suture dans le traitement des perforations gastro-duodénaux. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 86, 10 : 314, 1960.
38. Iselin M. — À propos du traitement non-opératoire des ulcères gastro-duodénaux perforés. *Presse Méd.*, 58, 64 : 1124, 1950.
39. Iselin M., Peret S., Toutain M. J. — Traitement non-opératoire des ulcères perforés. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 76, 3 : 323, 1950.
40. Jensen H. E., Badskaer B. N., Andersen J., Johansen A. — Precise antrectomy. *World J. Surg.*, 3, 6 : 765, 1979.
41. Judin S. — Nouvelle série d'ulcères perforés de l'estomac et du duodénum. *J. Chir.*, 38 : 159, 1931.
42. Judin S. — Nouvelle série d'ulcères perforés du duodénum. *Bull. et Mém. Soc. Nat. Chir. Paris*, 59, 5 : 775, 1933.
43. Juvara I., Rădulescu D. — Recuperarea chirurgicală a tulburărilor mecanice și funcționale după intervențiile gastrice. *Congresul Național de Chirurgie*. București, mai 1973.
44. Juvara I., Prișcu Al., Radu C., Rădulescu D. — Fistulele gastro-jéjunocolice de origine ulceroasă. *Chirurgia*, 22, 2 : 97, 1973.

92. Thomeret G. — À propos du risque vital dans les suites immédiates de la vagotomie. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 86, 30 : 878, 1960.
93. Toporaş M. — Conduita noastră în ulcerele perforate nerezecabile din cauza stării de şoc decompensat. *Chirurgia*, 10, 3 : 419, 1961.
94. Turai I., Papahagi E., Cristescu Isabela, Odobescu V. — Atitudinea terapeutică în ulcerul gastro-duodenal perforat. *Chirurgia*, 17, 1 : 29, 1968.
95. Weiss G. A., Hollender L., Adolf M. — À propos du traitement chirurgical des ulcères gastro-duodénaux. *Mémoires de l'Acad. de Chirurgie Paris*, 87, 6 : 174, 1961.

GASTRIC AND DUODENAL PERFORATED ULCER CARE

S u m m a r y

The choice of the present paper was motivated by two facts: 1 — due to the different attitudes of the surgeons in the world and in our country to the lesions and patients who appeared to have quite precise indications which ought not to be controverted; 2 — the tendency of many surgeons in our country to resort regularly to a simple treatment, often sufficient to heal a perforation but not the illness; this fact is due not only to a certain obedience and surgical prudence but also to some ease, an exaggerated fear of responsibility and not seldom to a complete or less deep knowledge of the problem.

The present paper is based upon the statistics of the 3rd Surgical Clinic of Iasi and of Saceeni Hospital.

Left without a proper treatment the ulcerous perforation frequently leads to the death by peritonitis. In order to avoid this fatal end it appeared long time ago the idea of the necessity of the drainage of peritoneal cavity and the obturation of the orifice of the perforation. The first suture of a duodenal perforation had been performed only in 1880 by Mickulicz, but the patient died. Irrespective of Mickulicz's failure this idea spread all over Europe and Heussner obtained the first success in 1892. However the successes were rare and a significant casuistry was to be published only in 1919. Some cases of pyloric stenosis or duodenal one appeared after suture led to the idea of the association of some gastro-entero-anastomosis which was further on systematically performed.

The obturation of the perforation and the drainage of peritoneal cavity have often brought — especially when they were performed early and correctly — immediate favourable results. These results managed to spare the patient's life and more often to heal the ulcer which would recur. At the same time the simple suture did not avoid some complications such as: iterative perforations, hemorrhages or even the cancerations of the ulcers recurred on the lesser curvature.

Aiming to obtain a radical cure, gastrectomy made its way within the surgical therapy of perforated ulcers. This method has been supported in

Europe by Judin in Moscow and, later on, by the French School represented by Ducal and then by Mialaret and Edelmann. After the papers published by Dragstedt in 1943, vagotomy started to be applied for the perforated ulcer associated with the suture and with a derivation means — pyloroplasty and gastro-enterostomy. The appearance of antibiotics and their use on a large scale determined the English surgeon Taylor to try and to succeed — in some cases — a treatment by gastric suction.

In Romania the treatment of perforated peptic ulcer followed the ideas which had led to the development of gastric and duodenal surgery. The promoters of this manner of surgery were: Hortolomei, Iacobovici, Nasta, Pop, Nana, Turai, Chipail, Iuvara, Andreoiu, Alexiu, Muresan and many others. An ample debate was held in 1976 in Piatra-Neamt where it was concluded that the treatment of the perforated peptic ulcer is randomly performed, conditioned by some factors and the specifications of each method have been presented.

In the present paper, in a whole chapter the perforation conditions regarding its time and place, sex, age, profession and traumata are analysed. The knowledge of the perforation conditions might have a role for the prophylactic treatment. As a setting place the duodenal perforations seem to me more frequent than the gastric ones. Situated on the posterior face of the duoden or the stomach the perforations are difficult to be found and sometimes re-interventions are likely to be necessary. One of such perforations situated on one side of a terebrant duodenal ulcer or in the neighbourhood of the cardium determines a very difficult suture and make the radical operations of gastrectomy type very difficult and dangerous.

The predominance of the perforations in males is unanimously recognized the peptic ulcers being considered to be a male illness while the hepato-biliary sufferings as a female illness.

Considering the maximum frequency for groups of ages, the perforations are encountered in the active age of 20—40 years when the surgical treatment may be easily applied and when the radical operations are more frequent. However, there are also ulcerous perforations in old age, even after the age of 60, as it is given by our statistics. The role of age for the selection and moreover for the application of a treatment method has in some circumstances a definite importance.

Gastric fullness is not a decisive factor for perforation. Many such complications are known with an empty stomach. But the larger is the gastric content the more abundant the digestive flood in the peritoneum will be and it will rapidly lead to peritonitis.

Even if various traumata and physical effort were given a favouring role in ulcerous perforations this fact does not seem to be proved.

The anatomo-pathological lesions analysed largely in this volume may explain both the mechanism of producing the perforation and especially they have an important word for the therapeutic indications and in the appearance of some further possible complications. The small, lenticular perforations may increase due to the time passes from the early accident and its increase may be determined by the passage of the digestive and alimentary content. Large perforations which favour the massive passage of the digestive liquid will more rapidly lead to irritant and infectious lesions of peritoneum, thus determining a rapid evolution to peritonitis. While small perforations on supple tissues are easily sutured, the perforations situated in the middle of a sclerotic area with an extended ulcerous lesion conjunctively and festeringly infiltrated are difficult to suture and they cicatrize very difficultly if not at all.

Multiple perforations are possible, but the simultaneous ones are extremely rare. One of them may be overlooked the surgeon paying attention to the one imposed at the first stage of the investigation. That is why the investigation must be accurate especially for the posterior portions which are less accessible of the stomach and duodenum. The existence of the multiple perforations constitutes a serious argument for the application of a radical treatment when there are not any counter-indications.

The co-existence of a perforation with some other not perforated ulcerous lesions is not rare. Some of such lesions are preoperative unknown especially when one is on the stomach and the other is on the duodenum and they are discovered after the examination of resection piece. The radical treatment of resection type is the only one that can solve such lesions.

Histologically, at the examination of the resection piece one can conclude that the perforation is situated very often in the centre of certain lesions of inflammatory type characterized by infiltrating oedema which disorganizes the layers of the organ, polymucous leucocytary and eosinophilic infiltrations. Some vascular, hemorrhagic and necrotic phenomena are added. These histologic lesions made us view two possibilities of producing perforation (Prof. Dr. Doc. G. G. Chipail).

One of them would be when the destroying process of the ulcer in full evolution (peptic and inflammatory phenomena) reaches the neighbourhood of peritoneum. This thinned wall disrupts through the swell of the organ or some other less important effort. They would be the cases with signs of perforation on the organ which are further smoothed for a while and then they start again with peritoneal reactions due to the digestive flood.

The second hypothesis would be the one in which the perforation occurs as a consequence of the necrosis provoked by vascular and thrombotic phenomena to which the inflammatory ones are added. The necrosed portion would come off from the living tissues and would fall by itself like a scar favoured

perhaps by the movements or the swell of the organ. In this case the perforation would produce itself without violence, without signs of perforation on the organ in which the suffering starts and goes on continuously by peritoneal irritating phenomena.

The presence of microbes in the ulcerous focus had been demonstrated by many authors and sometimes the inflammatory phenomena come to a phlegmonous aspect. Though in the evolution of an ulcer there are acute inflammatory attacks with pains, fever, oedema and perilcerous infiltration the role of infection as a determining factor for perforation was not proved. However, in the moment the perforation occurs the germs from the ulcerous focus would contaminate the peritoneal cavity, and, if the perforation occurred during an acute inflammatory attack, the quantity of the germs flooded would be large and the virulence more accentuated. From the standpoint of the information we can get through laboratory investigation of the septicity of peritoneal flood, it is completely relative. The extemporaneous examinations bring about partial information, and the information which come afterwards and which are more accurate do not serve but for the post-operative treatment and not for the orientation of a certain technic indication of immediate use.

It is easy to understand that the intensity and the seriousness of the peritoneal infection which gradually accentuates; the most important criterion for the establishment of the degree of peritoneal infection and for the decision of surgical attitude is the time elapsed from the perforation to the application of the treatment.

The antibiotic therapy which largely changed the evolution of peritonitis in general and favoured the application on a larger scale of more adequate treatments of ulcerous perforations will be at the beginning with a large spectre and then it will be adapted to bacterial sensitivity test.

Leaving aside a part of the massive floods of peritoneum in large perforations with full stomach it is known that the permanent afflux of the digestive content irritates the peritoneum, aggravates the anatomo-pathologic changes and favours the infection and peritonitis. It follows therefore that the obturation of the operation which cuts out the digestive flood decreases the possibilities of infection and favours the healing with or without surgical treatment.

If the peritoneal flood was septic the peritonitis can develop by itself even if the perforation was spontaneously obturated. When the perforation is small, the flood less septic and the obturation is rapid the lesion becomes a covered perforated ulcer and spontaneous healings are possible. Other times the healing of perforated and covered duodenal ulcers results in duodenal withdrawal or an extended adherence to biliary ways and makes the operations be tardive, difficult and dangerous. That is why in the 3rd Surgical

Clinic of last it was established that the covered perforated ulcers should be early operated.

The healing of the perforation does not necessarily imply the healing of ulcerous lesions. The longer the time since the perforation occurred the more frequent the recurrences are, reaching values of 60%—65% after 4—5 years.

Besides the above mentioned factors a special chapter is devoted to the factors of seriousness concerning the evolution and the treatment of perforated peptic ulcers. The organic tares are important especially when they are hard to compensate and need a long time for recovery. In such cases it is necessary to resort to a minimum operation able to spare the life. The old age is also a factor which does not allow large operations even when the general state of the patient is relatively good. In old people the symptoms of the perforation may be less expressed, the evolution of peritonitis may be silent, especially when it is masked by an antibiotic therapy which is improper and badly used. Like many other authors we consider the parietal contraction as the most genuine sign. But there are cases in which the contraction is due to other causes than the perforation of an organ (retro-peritoneal hematoma, post-trauma hematoma, pleuro-pulmonary affections and cranial traumata). In our Clinic we encountered a case of parietal contraction in acute necrotic cholecystitis or perforated one in a case of acute pancreatitis and one case of mesenteric infarct.

The association of peptic perforation with haemorrhage is often distinctly serious and many times it needs an emergency surgical treatment. The radical operations of resection type are often those could completely solve the problem of such association but the serious state of the patient does not always allow such operations. A haemostatic act in the focus is always necessary. The vagotomy with derivation is not prescribed but after the hemorrhage had stopped.

In doubtful cases the pneumo-peritoneum searched for attentively confirms the perforation of the organ. Pneumo-peritoneum is characteristic only for perforation not for the perforated organ. We encountered a pneumo-peritoneum in a case of perforated appendicitis but it is a proved thing that most frequently it is found in perforated peptic ulcer. In fact the most frequent confusion in the diagnostic errors of peptic perforations is the acute appendicitis. Anyway, in such instances the imposed celiotomy will correct the diagnosis and point out the treatment according to the lesion.

The shock following the perforation in immediate consequences may be a factor of seriousness. The opinions of various authors differ as to the presence of the immediate shock after the ulcerous perforation. One must not take the initial state of shock, which is only a neuro-vegetative state due to the pain, for the peritoneal shock, toxic and septic which appears later and

it is very severe. Naturally during the first hours of a perforation the general state remains good but further on, after 6—8—12 hours the phenomena change, and the general state is altered due to the evolution of peritonitis.

Left aside, most of the peptic perforations develop to a generalized peritonitis and to death. Though sometimes possible spontaneous healings are rare. Some of such spontaneous healings determined that the authenticity of perforations should be infirmed as they had not been controlled through operation, especially the ones that did not show pneumo-peritoneum. Such spontaneous healings are explained, according to Barthes, both as a consequence of covered perforated ulcers and after latent perforations when the orifice is small, the elastic tissues are easily obturated and the peritoneal is less septic. The healing of a covered perforation can not be considered definite or of a good quality until a solid adherence is not organized between the neighbouring organs and the margins of the perforations. In the meanwhile the perforation may reopen as it can recur later on. The digestive suction, gastric emptiness, lack of liquid intake and absolute rest favour the covering of the perforation and spontaneous healing. Antibiotic therapy hinders the development of the infection and it is an important factor for spontaneous healing.

After the understanding of the mechanism of spontaneous healing the non-surgical treatment attempts to make as good as possible and in most cases. It is what the organism makes itself in spontaneous healings. In this way the treatment got to a continuous suction in some forms of ulcerous perforations — applied randomly since long ago — with antibiotic therapy and reanastomosis. The codification and spreading of this method to the surgical world is indebted to H. Taylor. The antibiotic therapy is important for all cases especially for old ones and sometimes even for those surgically obsolete.

The evidence of the efficiency of Taylor's method is the rapid and evident disappearance of clinical signs, the pain and parietal contraction, or in some cases their amelioration. The persistence and, moreover the aggravation of these signs in two or three hours since the setting of suction is a sign that the peritonitis evolves and the surgical intervention is absolutely necessary. The indications for a non-surgical method are: recent ulcers with relatively small perforations; cases which refuse operation; all forms in which operation is counter-indicated (organic tares, obsolete forms); cases which cannot be operated because of extramedical or organizational motives.

The treatment by suction must not be considered as a simple treatment similar to a simple installation of digestive suction. The indications must be known, the functioning controlled and its efficiency estimated through the evolution of clinical signs. In our clinic we did not perform the treatment of ulcerous perforations but once with favourable results.

The motivation of a surgical treatment emerges partially from the counter-indications, failures and the insufficiency of in abstentionist treatment. But, also from the fact that in the group of the patients in which the non-surgical treatment heals the operation, there are numerous cases which could be operated from the beginning in order to perform a radical treatment or to avoid further possible complications. As for the operatory counter-indications in obsolete cases, we think that the obsolete interval must refer to the patients in a state of irreversible collapse or dying patients since the actual possibilities of treatment by drainage, antibiotic therapy and intensive reanimation showed some unexpected results even for the forms which had been considered obsolete or in forms of peritonitis with phenomena of toxic and septic shock. After the indication of surgical intervention was settled down the orientation concerning the surgical method and technique is based on two factors such as: the general state of the patient and the anatomo-pathologic aspect of the peritoneal lesions.

The appreciation of the results regarding the application of various surgical methods is not to be compared. The statistics surely give us the figure of mortality, but, instead of considering figures, it would be better to ask ourselves: „how many of the deaths could have been saved had we used another method? And in this case what would that method have been?“

Answers:

Suture — achieved for the first time by Mickulicz in 1844 is the method by which the perforation is obtured by a sewing applied in various manners. It is a certain criticism brought to it and it is accused that would favour certain complications. The real inconveniences of suture are: stenoses, deshences, iterative perforations, impossibility to solve some associated lesions and the recurrence or, more correctly the continuous evolution of the ulcer unhealed. The only treatment which avoid such complications is the radical treatment and especially gastrectomy.

Subtotal gastrectomy — applied later in the treatment of perforated ulcers (1919—1920) is anyhow a large operation which might be toilsome and difficult. Theoretically, it might aggravate the situation of a patient with perforated ulcer and an evolution to or in full peritonitis. With well-settled indications and taking into account the favourable factors of a radical operation, the results have been ever better. Further on the antibiotic therapy and reanimation made radical operations be applied on a larger scale. At present the mortality after resection is of 6%—8% even in the most unfavourable statistics. The scope of resection is to heal the perforation, to remove the complications and the inconveniences of the suture and to avoid the recurrence or the evolution of the ulcer. Regarding the re-establishment of the digestive continuity after gastrectomy in perforated ulcers, according to our experience

peptic anastomosis which we prefer instead gastro-jejunal anastomosis is seldom possible.

Vagotomy — used for the treatment of duodenal ulcer must be associated to suture and to a means of derivation which, in our cases was in most cases gastro-entero-anastomosis. The association of vagotomy with antrectomy — absolutely necessary in gastric ulcers — is also used in perforated duodenal ulcers. Digestive suction as well as the correct balance are part of reanimation necessary to be associated to a vagotomy for perforated ulcer. Selective and parietal cell vagotomies did not make their evidence of efficiency in perforated ulcers. We performed no more than 15 trunk vagotomies with gastro-entero-anastomosis and one with the excision of the ulcer and pyloroplasty for perforated ulcers.

Our restraint for vagotomy was especially due to the accidents known from the literature as well as to a clinic case with rebel diarrhoea with ulcerations and perforations of the lesser intestine with a severe evolution and which needed re-interventions with sustained reanimation.

We found necessary to discuss some associate problems that though secondary are far from being unimportant. They are: drainage, causes of death, anaesthesia, and the reanimation through antibiotic therapy. Out of our experience we conclude that the drainage is necessary. We perform large drains supra-pubic and parieto-cholec spaces in old forms when the liquid with a purulent aspect comprises the whole peritoneal cavity. The tubes are regularly efficient and sometimes they evacuate later some collections which had the tendency to locate.

In some old forms with agglutinated small intestine or with altered general state the drainage is the only possible and associated with digestive suction and intensive reanimation may give favourable even unexpected results.

We are not adepts for systematic drainage. The early diagnosis and operation as well as the antibiotic therapy determine the use of the drainage only for old cases with purulent peritonitis spread under the diaphragm or in the cases in which we think of the possibility of fistulae or deshiscences.

Complications and causes if death in ulcerous peptic perforations

It is a sure thing that the ulcerous perforations result in generalized peritonitis and lead fatally to death when are left untreated. Even today, the most frequent cause of post-operative death after perforated ulcers is peritonitis. There are certainly some other causes of which we quote: pulmonary complications, parietal suppurations, digestive haemorrhages, subphrenic abscesses, gastric or duodenal fistulae, post-operative occlusions (sometimes of the drainage tube), incisional hernia with eviscerations and acute pancreatitis.

The more frequent are the peritonitis when the diagnosis and therapy are tardive. The same, peritonitis is more frequent after suture the causes of which being discussed in the other chapters.

Post-operative shock — some authors quote it frequently among the causes of post-operative death. We do not believe this affirmation since, besides advanced peritonitis with toxic and septic shock, the early operation, the accurate indication of the method of surgery, and the sustained reanimation determine the rarity of the post-operative shock.

Post-operative haemorrhages — appear relatively early, 5—15 days after operation. They are more frequent after sutures and due to the fact that a part of the unsutured ulcer continues to develop bleeding.

The post-operative hemorrhages in perforated ulcer are often severe and they ought to be differently interpreted. Some of them occur after iterative perforations and then are concomitant with the perforation. The hemorrhage after desiccance is very rare and due to the ulcer which continues to develop.

Gastric and duodenal fistulae — more frequent after suture associated with gastro-enterostomy, are not completely removed. In case of gastrectomy the duodenal fistulae are more frequent when the ulcers are low, the dissection is difficult, the duodenum is hard to suture and precariously plugged.

The fistulae and debescences are severe when they occur early and biliary and liquid loss are important and when the rehydration is lengthened, difficult or even impossible. Sometimes re-interventions are necessary.

Post-operative intestinal occlusions — ulcerous peptic perforations, especially the iterative ones, the repeated operations, the septic state of peritonium and peritoneal adhesion create the necessity of drainage and very favourable conditions for post-operative occlusions. Likely to appear even on the drainage tubes, the post-operative occlusions are not characteristic for perforated peptic ulcers but they may be encountered after peritonitis or after elaborate drained or undrained operation.

Pulmonary complications — are encountered after peptic perforations in old patients, bronchitic of emphysematic ones. They are favoured by advanced peritonitis which comprised the suprarenal portion. Others are favoured by vomiting which, by inhalation get to the respiratory tract.

Massive parietal suppuration — are very severe when had been determined by anaerobic germs. They may be avoided at a great extent by accurate technique, correct hemostasis, drainage and antibiotic therapy.

Anaesthesia — in time, for peptic perforations there were used all sorts of anaesthetics, chloroform included. The first great progress was the local anaesthesia used on a large scale by Judin in Moscow and Fleming in Philadelphia. In our statistics we have 26 cases operated in good conditions with local anaesthesia. We also used spinal anaesthesia in 112 cases when it was associated with the infiltration of mesenterics (novocaine 0.50% solution) which smooths the patient and cuts out the vomiting reflex. At present the spinal anaesthesia is less suggested being replaced by general anaesthesia with oro-tracheal intubation. Its advantages are unanimously recognized and most of the cases in our clinic have been operated under this sort of anaesthesia. (227 cases).

Pre- and post-operative reanimation — less important in early cases and in young people it has an overwhelming role in obsolete forms, peritonitis and post-operative complications. The reanimation is oriented according to the necessities which appear either before or during post-operative evolution. It will start clinically oriented and then adapted according to oenogram and the loss of the liquid through vomiting, to inhalation and fistulae. This reanimation starts in the pre-operative step and will serve as indispensable association with the abstinentist and as a preparation for operation.

Antibiotic therapy — is as important as the reanimation and we believe that we do not mistake if we suggest that removing the infectious factor we achieve a reanimation factor. The great role of the antibiotics in perforated ulcers is in obsolete cases and of course, in peritonitis. It also avoids and heals the numerous post-operative complications and decrease the mortality. It is used at the beginning in a large spectrum which will readily be adapted to the bacterial sensitivity test.

C U P R I N S

Prefață	5
Cap. I Istoric	9
Cap. II Condițiile de perforație ale ulcerului G.D.	13
Cap. III Leziunile anatomopatologice	19
Cap. IV Aspecte bacteriologice și microbiene	27
Cap. V Evoluția în timp a perforației propriu-zise	34
Cap. VI Factorii de gravitate privind evoluția și tratamentul ulcerelor G.D. perforate și necesitatea diagnosticului precoce	40
Cap. VII Posibilități de vindecare spontană și tratamentul nechirurgical	50
Cap. VIII Tratamentul chirurgical	58
Cap. IX Probleme conexe	155
Bibliografie	181
Summary	188

Redactor : ELENA CHIRBAC
Referent științific : Prof. dr. EUGEN COSMA
Tehnoredactor : MIHAI BUJDEI

Apărut 1981. Formată 61X86/16. Coi tipó : 12,50.
Bun de típar la 31.I.1981
Editura Junimea, str. Gheorghi Dimitrov nr. 1
IAȘI — ROMÂNIA



Tipărit sub cd. nr. 522 la
Întreprinderea poligrafică Iași
str. 7 Noiembrie nr. 49

Pornită de la o vastă experiență clinică, lucrarea are meritul de a atrage atenția asupra tuturor complicațiilor (prevăzute, dar, mai ales, neprevăzute) ce pot surveni de la debutul afecțiunii și până la vindecare.

Este o desăvârșită lecție de excepțională gândire medicală, de felul cum trebuie abordată, discutată și rezolvată o problemă atât de dificilă de terapeutică chirurgicală.

Prof. dr. EUGEN COSMA